



**BUKU AJAR**

# **PSIKOLOGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS**

---

ENDANG WIDYORINI - GEORGE HARJANTA - M.  
YANG ROSWITA - SRI SUMIJATI - PRAHARESTI  
ERYANI - EMILIANA PRIMASTUTI - LITA WIDYO  
HAPSARI - ERNA AGUSTINA Y



FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIKA SOEGIJAPRANATA  
SEMARANG

**Buku Rujukan**

## **PSIKOLOGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS**

**DISUSUN OLEH**

Dr. Endang Widyorini

Drs. George Harjanta, MSi

Dra. M. Yang Roswita, MSi

Dra. Sri Sumijati, MSi

Dra. Praharesti Eriyani, MSi

Emiliana Primastuti, SPs, MSi

Lita Widyo Hapsari, SPs, MSi

Erna Agustina Y, SPs, MSi

Penerbit:

**Universitas Katolik Soegijapranata**

**2014**

Judul Buku:

**Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus**

© Universitas Katolik Soegijapranata, 2014

ISBN : 978-602-8033-85-5

**DISUSUN OLEH**

- Dr. Endang Widyorini
- Drs. George Harjanta, MSi
- Dra. M. Yang Roswati, MSi
- Dra. Sri Sumijati, MSi
- Dra. Praharesti Eriyani, MSi
- Emiliana Primastuti, SPs, MSi
- Lita Widy Hastuti, SPs, MSi
- Erna Agustina Y, SPs, MSi

Desain Cover : Endang Widyorini

Penerbit :

**Universitas Katolik Soegijapranata**

Jalan Pawiyatan Luhur IV/1, Bendan Duwur, Semarang 50234

Telepon : +62-24-8441555 (Hunting)

Fax : +62-24-8445625

Email : [penerbitan@unika.ac.id](mailto:penerbitan@unika.ac.id)

Tahun : 2014

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi kekuatan, kesehatan, dan kelancaran kepada kami sehingga penyusunan bahan ajar untuk mata kuliah Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus. Buku ini merupakan buku rujukan mahasiswa fakultas Psikologi Unika Soegijapranata yang mengambil mata kuliah Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus, yang merupakan salah satu mata kuliah yang mengikuti kurikulum berbasis kompetensi (KBK). Sebagaimana dengan paradigma KBK dalam maka kuliah ini buku ini dalam KBK yang lebih menitik beratkan pada kemampuan/kompetensi mahasiswanya, dengan memperhatikan beberapa hal, yaitu: (a) tingkat kemampuan/kompetensi yang ingin dicapai; (b) tingkat keluasan dan kedalaman bahan kajian yang dipelajari ; (c) cara/strategi pembelajaran yang akan diterapkan. lebih menitik beratkan pada kemampuan/kompetensi. Buku ini juga berguna untuk pembaca yang ingin mengetahui tentang psikologi anak berkebutuhan khusus, baik dari faktor penyebab, maupun intervensinya.

Buku ini disajikan dengan materi yang ditulis dengan global dan padat, mencakup isi keseluruhan materi. Diharapkan pembaca atau mahasiswa dapat mempunyai dasar untuk mampu memahami masalah psikologi anak-anak yang mempunyai gangguan perkembangan, baik gangguan yang berhubungan dengan fisik, kognisi, komunikasi maupun emosi social. Mereka diharapkan mampu melakukan deteksi dini dan penanganan awal pada anak-anak yang memiliki kebutuhan khusus ini..

Walaupun kami telah menyusun bahan rujukan ini dengan upaya yang sungguh-sungguh, karena berbagai keterbatasan kami, buku ini masih memiliki sejumlah kekurangan. Sehubungan dengan hal tersebut, kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak, terutama pembaca, dosen dan mahasiswa pengguna buku ini, untuk perbaikan lebih lanjut.

Semarang, Maret 2014

Hormat kami

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
 KATA PENGANTAR	 6
 BAB I ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS	 7
PERKEMBANGAN ANAK DAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS	11
ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO	15
 BAB II BERHUBUNGAN DENGAN FISIK DAN MOTORIK	 17
KELAINAN KROMOSOM	18
CEREBRAL PALSY	24
DISPRAKSIA	28
KETUNAAN FISIK	32
 BAB III BERHUBUNGAN DENGAN KOGNITIF	 47
INTELLECTUAL DISABILITY	48
ANAK CERDAS ISTIMEWA/GIFTED	52
LEARNING DISABILITIES	56
 BAB IV BERHUBUNGAN DENGAN EMOSI DAN PERILAKU	 68
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER/ADHD	72
OPOSITIONAL DEFIANT DISORDER	74
CONDUCT DISORDER	78
SEPARATION ANXIETY DISORDER	81
PHOBIA	83
MUTISME SELEKTIF	81
 BAB VI. GANGGUAN BERHUBUNGAN DENGAN KOMUNIKASI DAN RELASI SOSIAL.	 83
AUTISM SPECTRUM DISORDER	84
COMMUNICATION DISORDER	83
 BAB V . INTERVENSI UNTUK ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS	 93

# **BAB I**

## **Anak Berkebutuhan Khusus**

## PENGERTIAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Perkembangan manusia merupakan perubahan yang progresif dan berlangsung terus menerus atau berkelanjutan sepanjang rentang kehidupan manusia. Setiap keberhasilan dalam mencapai suatu tahap perkembangan akan sangat menentukan keberhasilan dalam tahap perkembangan berikutnya. Sedangkan, apabila ditemukan adanya satu proses perkembangan yang terhambat, terganggu, atau bahkan terpenggal, dan kemudian dibiarkan maka untuk selanjutnya sulit mencapai perkembangan yang optimal. Namun tidak setiap anak beruntung mengalami perkembangan baik dan lancar. Tidak sedikit dari manusia yang dalam perkembangannya mengalami hambatan, gangguan, kelambatan, atau memiliki factor-faktor resiko sehingga untuk mencapai perkembangan optimal diperlukan penanganan atau intervensi khusus baik dalam pengasuhan maupun dalam pendidikannya. Kelompok inilah yang kemudian dikenal sebagai anak berkebutuhan khusus.

Anak berkebutuhan khusus (ABK) adalah definisi yang sangat luas, mencakup anak-anak yang memiliki cacat fisik, atau kemampuan IQ rendah, serta anak dengan permasalahan sangat kompleks, sehingga fungsi-fungsi kognitifnya mengalami gangguan. Ada beberapa istilah yang digunakan untuk menunjukkan keadaan anak berkebutuhan khusus. Istilah anak berkebutuhan khusus merupakan istilah terbaru yang digunakan, dan merupakan terjemahan dari *children with special needs* yang telah digunakan secara luas di dunia internasional, ada beberapa istilah lain yang pernah digunakan diantaranya anak cacat, anak tuna, anak berkelainan, anak menyimpang, dan anak luar biasa, ada satu istilah yang berkembang secara luas telah digunakan yaitu difabel, sebenarnya merupakan kependekan dari *difference ability*.

Bisa dikatakan bahwa anak berkebutuhan khusus (*children with special needs*) memiliki makna luas dibandingkan dengan konsep anak luar biasa, cacat, atau berkelainan (*exceptional children*). Anak berkebutuhan khusus tidak hanya mencakup anak yang memiliki kebutuhan khusus yang bersifat permanen akibat dari kecacatan tertentu (anak penyandang cacat), tetapi juga anak berkebutuhan khusus yang bersifat temporer. Anak berkebutuhan khusus temporer juga biasa disebut dengan anak dengan factor resiko, yaitu individu-individu yang memiliki atau dapat memiliki prolem dalam perkembangannya yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan belajar selanjutnya, atau memiliki kerawanan atau kerentanan atau resiko tinggi terhadap munculnya hambatan atau gangguan dalam belajar atau perkembangan selanjutnya. Bahkan, dipercayai bahwa anak berkebutuhan khusus yang bersifat temporer apabila tidak mendapatkan intervensi secara tepat sesuai kebutuhan khususnya, dapat berkembang menjadi permanen.

The National Information Center for Children and Youth with Disabilities (NICHCY) mengemukakan bahwa "*children with special needs or special needs children refer to children who have disabilities or who are at risk of developing disabilities*".

Hal senada juga diajukan oleh Behr dan Gallagher (Fallen dan Umansky, 1985:13) yang mengusulkan perlunya definisi yang lebih fleksibel dalam mendefinisikan anak-anak berkebutuhan khusus. Artinya, tidak hanya meliputi anak-anak berkelainan (*handicapped children*), tetapi juga mereka yang termasuk anak-anak memiliki faktor resiko. Dijelaskan lebih lanjut bahwa dengan definisi yang lebih fleksibel, akan memberikan keuntungan bahwa hambatan yang lebih serius dapat dicegah melalui pelayanan anak pada usia dini. Sekalipun demikian, dalam pembahasan ini lebih memfokuskan kepada anak-anak yang termasuk dalam kategori anak cacat atau berkelainan.

## Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus adalah anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada ketidakmampuan mental, emosi atau fisik. istilah lain bagi anak berkebutuhan khusus adalah anak luar biasa dan anak cacat. Anak dengan kebutuhan khusus (*special needs children*) dapat diartikan secara simpel sebagai anak yang lambat (*slow*) atau mengalami gangguan (*retarded*) yang tidak akan pernah berhasil di sekolah sebagaimana anak-anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang secara pendidikan memerlukan layanan yang spesifik yang berbeda dengan anak-anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus ini memiliki apa yang disebut dengan hambatan belajar dan hambatan perkembangan (*barier to learning and development*). Oleh sebab itu mereka memerlukan layanan pendidikan yang sesuai dengan hambatan belajar dan hambatan perkembangan yang dialami oleh masing-masing anak.

Anak dengan kebutuhan khusus (*special needs children*) dapat diartikan sebagai anak yang lambat atau mengalami gangguan/keterlambatan (*retarded*) yang tidak akan pernah berhasil di sekolah sebagaimana anak-anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya.

Banyak istilah yang dipergunakan sebagai variasi dari kebutuhan khusus, seperti *disability*, *impairment*, dan *handicaped*. Menurut World Health Organization (WHO), definisi masing-masing istilah adalah sebagai berikut:

1. *Impairment*: merupakan suatu keadaan atau kondisi di mana individu mengalami kehilangan atau abnormalitas psikologis, fisiologis atau fungsi struktur anatomis secara umum pada tingkat organ tubuh. Contoh seseorang yang mengalami amputasi satu kakinya, maka dia mengalami kecacatan kaki.
2. *Disability*: merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami kekuranganmampuan yang dimungkinkan karena adanya keadaan *impairment* seperti kecacatan pada organ tubuh. Contoh pada orang yang cacat kakinya, maka dia akan merasakan berkurangnya fungsi kaki untuk melakukan mobilitas.
3. *Handicaped*: merupakan ketidak beruntungan individu yang dihasilkan dari *impairment* atau *disability* yang membatasi atau menghambat pemenuhan peran yang normal pada individu. *Handicaped* juga bisa diartikan suatu keadaan di mana individu mengalami ketidakmampuan dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan. Hal ini dimungkinkan karena adanya kelainan dan berkurangnya fungsi organ individu. Contoh orang yang mengalami amputasi kaki sehingga untuk aktivitas mobilitas atau berinteraksi dengan lingkungannya dia memerlukan kursi roda
4. Termasuk anak-anak berkebutuhan khusus yang sifatnya temporer di antaranya adalah anak-anak penyandang *post traumatic syndrome disorder* (PTSD) akibat bencana alam, perang, atau kerusuhan, anak-anak yang kurang gizi, lahir prematur, anak yang lahir dari keluarga miskin, anak-anak yang mengalami depresi karena perlakuan kasar, anak-anak korban kekerasan, anak yang



kesulitan konsentrasi karena sering diperlakukan dengan kasar, anak yang tidak bisa membaca karena kekeliruan guru mengajar, anak berpenyakit kronis, dan sebagainya.

Di Indonesia menggolongkan jenis anak berkebutuhan khusus ada beberapa, penggolongan ini lebih ditinjau dari pertimbangan layanan pendidikan khusus bagi mereka. Jenis anak berkebutuhan khusus antara lain

1. **Anak disabilitas penglihatan** adalah anak yang mengalami gangguan daya penglihatan berupa kebutaan menyeluruh (total) atau sebagian (*low vision*).
2. **Anak disabilitas pendengaran** adalah anak yang mengalami gangguan pendengaran, baik sebagian ataupun menyeluruh, dan biasanya memiliki hambatan dalam berbahasa dan berbicara.
3. **Anak disabilitas intelektual** adalah anak yang memiliki inteligensi yang signifikan berada dibawah rata-rata anak seusianya dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku, yang muncul dalam masa perkembangan.
4. **Anak disabilitas fisik** adalah anak yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, tidak lengkap anggota badan, kelainan bentuk dan fungsi tubuh atau anggota gerak.
5. **Anak disabilitas sosial** adalah anak yang memiliki masalah atau hambatan dalam mengendalikan emosi dan kontrol sosial, serta berperilaku menyimpang.
6. **Anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH)** atau *attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD)* adalah anak yang mengalami gangguan perkembangan, yang ditandai dengan sekumpulan masalah berupa gangguan pengendalian diri, masalah rentang atensi atau perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas, yang menyebabkan kesulitan berperilaku, berfikir, dan mengendalikan emosi.
7. **Anak dengan gangguan spektrum autisme** atau *autism spectrum disorders (ASD)* adalah anak yang mengalami gangguan dalam tiga area dengan tingkatan berbeda-beda, yaitu kemampuan komunikasi dan interaksi sosial, serta pola-pola perilaku yang repetitif dan stereotipi.
8. **Anak dengan gangguan ganda** adalah anak yang memiliki dua atau lebih gangguan sehingga diperlukan pendampingan, layanan, pendidikan khusus, dan alat bantu belajar yang khusus.
9. **Anak lamban belajar** atau *slow learner* adalah anak yang memiliki potensi intelektual sedikit dibawah rata-rata tetapi belum termasuk gangguan mental. Mereka butuh waktu lama dan berulang-ulang untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas akademik maupun non akademik.
10. **Anak dengan kesulitan belajar khusus** atau *specific learning disabilities* adalah anak yang mengalami hambatan atau penyimpangan pada satu atau lebih proses psikologis dasar berupa ketidakmampuan mendengar, berpikir, berbicara, membaca, menulis, mengeja dan berhitung.

11. **Anak dengan gangguan kemampuan komunikasi** adalah anak yang mengalami penyimpangan dalam bidang perkembangan bahasa wicara, suara, irama, dan kelancaran dari usia rata-rata yang disebabkan oleh faktor fisik, psikologis dan lingkungan, baik reseptif maupun ekspresif.

12. **Anak dengan potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa** adalah anak yang memiliki skor inteligensi yang tinggi (*gifted*), atau mereka yang unggul dalam bidang-bidang khusus (*talented*) seperti musik, seni, olah raga, dan kepemimpinan.

# PERKEMBANGAN ANAK DAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Dra. M. Yang Roswita, MSi

## Perkembangan Anak Secara Umum

Salah satu rumpun Ilmu Psikologi yaitu Psikologi Perkembangan mempelajari perkembangan manusia , sejak anak dalam kandungan (pranatal) sampai dengan usia lanjut. Dalam setiap rentang kehidupan tersebut terjadi perkembangan dalam berbagai aspek kehidupan agar seseorang berkembang menjadi manusia yang mandiri dan dapat mencapai tugas perkembangan yang ada pada setiap rentang kehidupannya.

Menurut Papilia & Old paling sedikit ada enam aspek perkembangan yang menentukan dalam kehidupan seseorang yaitu :

1. Aspek perkembangan fisik
2. Aspek perkembangan motorik
3. Aspek perkembangan bahasa
4. Aspek perkembangan sosial
5. Aspek perkembangan emosi
6. Aspek perkembangan kognitif

Aspek-aspek perkembangan di atas menentukan perkembangan seseorang apakah dapat mengikuti perkembangan yang normal sesuai dengan usianya atau berkembang tidak sesuai dengan usianya.

1. Aspek perkembangan fisik adalah pertumbuhan dan perkembangan postur tubuh terkait dengan tinggi badan, berat badan, gigi. Besar kecilnya ukuran tubuh, proporsi tubuh, pertumbuhan tulang, otot, perubahan yang pesat pada fisik dan dampaknya dapat dikatakan sebagai perkembangan fisik.
2. Aspek perkembangan motorik adalah perkembangan pengendalian gerakan jasmani melalui kegiatan pusat syaraf dan otot yang terkoordinasi.
3. Aspek perkembangan bahasa terkait dengan sarana komunikasi, lisan maupun tulisan , bahasa simbol, ekspresi wajah dan lain sebagainya
4. Aspek perkembangan sosial terkait dengan perkembangan interaksi antara seseorang dengan orang lainnya di lingkungan. Untuk menjalin interaksi ini anak harus memahami norma-norma sosial di lingkungannya dan menerapkan norma yang ada
5. Aspek perkembangan emosi adalah suatu perasaan (afek) yang mendorong individu untuk merespon atau bertindak laku terhadap stimulus, baik yang berasal dari dalam diri maupun dari luar.
6. Aspek perkembangan kognitif, termasuk didalamnya adalah belajar, perhatian, memory, bahasa, berpikir, reasoning, kreativitas

Secara rinci perkembangan yang dicapai anak pada usia tertentu adalah sebagai berikut :

1. Usia 2 tahun sampai dengan 3 tahun :

Anak senang mengeksplorasi lingkungannya , karena itu pada usia ini orangtua (awam) akan mengatakan anak hiperaktif

Ciri-ciri fisik dan motorik :

- Mulaimenunjukkancara yang tepat dalam memegang atau merespon dengan tangan kanan ataupun kiri.
- Sudah dapat memegang alat tulis dan menggunakannya (hasilnya masih berbentuk coret-coretan)
- Dapat menuangkan sesuatu dari suatu wadah ke wadah yang lain
- Sudah dapat menggunakan kamar kecil untuk BAK dan BAB dengan bantuan orang lain, atau dapat dilatih *toilet training*

Ciri-ciri sosial :

- Dapat mengetahui nama orang-orang yang dekat dengannya
- Mempunyai orang “favorit” yang dekat dengannya
- Jika ditanya namanya dapat menjawab
- Namun masih kesulitan dalam melihat sudut pandang orang lain.
- Mungkin marah jika merasa letih, kesal dan mudah frustrasi karena keadaan di sekitar yang tidakbebas.
- Dapat berinteraksi secara akrab dengan orang lain

Ciri-ciri sudut berpikir dan berbahasa

- Mulai tekun untuk melakukan aktivitasnya
- Mulai berbicara dengan menggunakan kalimat sederhana (pendek)
- Anak mulai memahami dan mengerti maksud orang lain
- Sudah dapat menyebut nama obyek, benda, atau keadaan tertentu
- Tumbuh perilaku saling meniru (teman, atau orang lain)
- Senang menepuk-nepuk benda sehingga menimbulkan suara-suara atau irama
- Mengerti instruksi sederhana
- Senang mendengar cerita
- Sudah dapat menyusun dan mengerjakan puzzle secara bersama

2. Usia 3 tahun sampai dengan 4 tahun

Ciri-ciri (fisik) dan motorik :

- Anak dapat berjalan dan berlari dengan sempurna
- Anak dapat melompat dengan kaki secara bersamaan
- Anak dapat menaiki sepeda roda tiga
- Anak dapat ke toilet sendiri

Ciri-ciri Sosial :

- Mulai dapat bermain kooperatif dengan anak lain
- Dapat mulai berbagi dan saling ambil alih peran dengan teman mainnya

Ciri-ciri berpikir dan berbahasa :

- Anak dapat mengenal suara-suara yang didengarnya
- Anak fasih melantunkan nyanyian dan iramanya
- Anak senang akan cerita
- Anak dapat menghitung angka atau jumlah (mungkin yang sederhana)
- Sering bertanya, termasuk kata-kata yang tidak dikenalnya
- Berkomunikasi lisan walaupun pendek-pendek
- Dapat menggambar obyek dan mengatakannya.

3. Usia 4 tahun sampai dengan 5 tahun :

Ciri-ciri fisik :

- Dapat berdiri dan berjalan dengan keseimbangan satu kaki
- Mampu melompat dengan baik
- Dapat mendorong, berbelok dan memutar badan dengan cepat.
- Dapat memegang pensil walaupun harus diberi arahan
- Sudah dapat berpakaian sendiri dan bersepatu sendiri.

Ciri-ciri sosial :

- Bersahabat dengan jenis kelamin yang sama
- Keinginan untuk bertukar pendapat dengan orang lain bertambah
- Menunjukkan kemampuan memahami perasaan orang lain

Ciri-ciri berpikir dan berbahasa :

- Dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
  - Dapat bercerita mengenai hal yang terjadi dengan atau tanpa gambar
  - Dapat memberi informasi atau berbicara mengenai pengalaman yang dialami (walaupun ada keterbatasan bahasa)
  - Dapat mulai mendongeng, menjawab tebak-tebakan
  - Mampu menerima pesan-pesan yang diberikan
  - Dapat menghitung benda dan memberikan pada orang lain bila diminta
  - Dapat mulai menulis dan menarik garis
  - Dapat menggambar orang, rumah, binatang dll
  - Senang membuat sesuatu dengan tangannya "malam", "lilin" dan pekerjaan tangan lainnya
  - Ada yang dapat menulis namanya sendiri
4. Usia 6 tahun sampai dengan 9 tahun , secara umum perkembangan meliputi :
- Mengontrol keseimbangannya dalam bergerak
  - Mereka juga sudah mengembangkan kemampuan motorik halus nya dalam hal menulis , menggambar.
  - Secara sosial mereka sudah memahami instruksi, sudah dapat menyampaikan pesan dengan kalimat yang cukup sempurna, sudah dapat menceritakan apa yang dialaminya.
  - Secara sosial juga sudah mulai berkembang rasa malu bila menjadi satu kelompok dengan anak di bawah usianya karena mereka sudah mulai memasuki masa perubahan seksual (puber).

Agar lebih memahami perkembangan berbagai aspek tersebut di atas , akan diputarkan video tentang deteksi dini perkembangan

Perhatikan video berikut ini dan rangkum aspek – aspek perkembangan yang dicapai anak usia 1 bulan sampai dengan 5 tahun.

#### ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

##### 1. Pengertian Anak berkebutuhan khusus

Anak yang mempunyai perkembangan yang berbeda dengan anak lain dalam tahap usia perkembangannya, dengan perkembangan yang berbeda (apakah lebih cepat atau lebih lambat) mengakibatkan mereka memiliki kebutuhan berbeda dari anak pada umumnya.

Dari pengertian anak berkebutuhan khusus tersebut di atas dapat dikelompokkan anak berkebutuhan khusus tersebut terdiri dari dua kelompok besar :

- a. Anak dengan gangguan perkembangan
- b. Anak luar biasa
- 2. Macam-macam Gangguan perkembangan
  - a. *Intellectual Disability Disorder*
  - b. *Autism Spectrum Disorder*
  - c. *Attention Deficit Hyperactive Disorder*
  - d. *Conduct Disorder*
  - e. *Oppositional Deviant Disorder*
  - f. *Communication Disorder*
  - g. *Learning Disorder*
  - h. *Anxiety Disorder*
  - i. *Phobia*
  - j. *Selective mutism*
  - k. *Gangguan lain*

3. Macam- macam Anak Luar Biasa

Menurut Surandani Rizzo mereka adalah anak yang mengalami kerusakan pada pendengaran yaitu *Hearing impairment*, *Visual impairment*, gangguan bicara, *Physical Impairment*, retardasi mental, gangguan emosional dan juga anak berbakat tinggi dapat digolongkan pada anak luar biasa, karena mereka membutuhkan penanganan yang terlatih dari tenaga profesional.

Daftar Pustaka

Elizabeth B. Hurlock, **Psikologi Perkembangan**, Jakarta : Erlangga

Papalia, Old & Feldman, 2010, *Human Development*, bag I sd IV, Kencana Prenada Media Group

Somantri, Sutjiati. 2006 ; *Psikologi Anak Luar Biasa* ; PT. refika Aditama ; Bandung

APA, 2013, *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder (DSM5)*

# ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO

Disusun oleh Dra. Sri Sumiyati, MSI

## ETIOLOGI

Etiologi adalah bidang yang mempelajari tentang faktor yang menyebabkan seorang individu mengalami gangguan tertentu. Pada anak berkebutuhan khusus ada banyak faktor yang menjadi penyebabnya. Tiap gangguan memiliki faktor penyebab masing-masing, namun secara umum faktor-faktornya adalah sebagai berikut:

1. Faktor genetik. Misalnya faktor keturunan, mutasi gen
2. Faktor organik, biologis & fisiologis. Misalnya *brain damage/injury*, malfungsi otak, temperamen (sifat bawaan yang dipengaruhi oleh faktor biologis), *fragile x syndrome*
3. Faktor penyakit. Misalnya meningitis, encephalitis
4. Faktor lingkungan. Misalnya faktor sosioekonomi, zat-zat, deprivasi nutrisi, *poor teaching*, pengaruh budaya negatif, pengalaman negatif atau traumatis, relasi orangtua-anak yang tidak menguntungkan.

## FAKTOR RISIKO

Secara umum faktor risiko ada tiga jenis, yaitu *established risk*, *biological risk* dan *environmental risk*.

### **Established Risk**

Faktor risiko ini muncul bila anak dilahirkan dengan kondisi disabilitas tertentu yang berasosiasi dengan keterlambatan perkembangan, misalnya Down Syndrome, spina bifida, gangguan metabolisme seperti phenylketonuria dan gangguan pendengaran atau penglihatan bawaan.

### **Biological Risk**

Risiko ini muncul bila hal-hal yang terjadi sebelum, selama dan setelah kelahiran berasosiasi dengan terganggunya sistem perkembangan anak dan meningkatkan kemungkinannya untuk mengalami problem perkembangan.

Faktor ini dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Faktor pranatal: disebut sebagai *teratogen*, yaitu substansi yang bisa menyebabkan *birth defect*. Meliputi:
  - Infeksi virus pada ibu hamil, misalnya virus rubela, cytomegalovirus, sexually transmitted disease, HIV.
  - Zat-zat yang dikonsumsi ibu hamil, misalnya alkohol, thalidomide, drugs
  - *Extremes of maternal age*: usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua
2. Faktor Perinatal
  - Deprivasi oksigen
  - Prematuritas
  - *Low birthweight*
3. Faktor Postnatal
  - Sakit kronis dan infeksi, misalnya meningitis, asma, juvenile arthritis, chronic otitis media

### **Environmental Risk**

Ini adalah faktor risiko berkaitan dengan lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang.

1. Faktor lingkungan yang mempengaruhi perkembangan pranatal Misalnya radiasi, zat-zat berbahaya yang ada di lingkungan kerja ibu hamil (seperti timah, merkuri)
2. Lingkungan postnatal. Misalnya lingkungan pengasuhan, radiasi, zat kimia beracun, kecelakaan, sakit.

3. Kemiskinan. Hal ini mengakibatkan pengasuhan yang buruk, kesehatan yang buruk, kesempatan untuk mendapatkan stimulasi dan pengalaman yang terbatas, nutrisi yang buruk
4. *Child maltreatment: child abuse*, anak yang ditolak.
5. *Family instability*: pengasuh yang berganti-ganti terus.

#### Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing
- Hallahan, D.P dan Kauffman, J.M. 1988. *Exceptional Children. Introduction to Special Education*. Fourth Edition. New Jersey: Prentice-Hall international, Inc.
- Hunt, N dan Marshall, K. 1994. *Exceptional Children and Youth. An Introduction to Special Education*. Boston: Houghton Mifflin Company

#### TUGAS

Studi literatur tentang faktor-faktor tersebut: mengapa hal tersebut bisa menyebabkan anak mengalami gangguan perkembangan tertentu.

Misalnya mengapa virus rubella bisa menyebabkan gangguan perkembangan.



## **BAB II**

### **Kekhususan Berhubungan dengan Fisik dan Motorik**

# **CEREBRAL PALSY**

Disusun oleh Dr. Endang Widyorini, MS, Psi

## **Definisi Cerebral Palsy**

Cerebral palsy (CP) adalah kelainan dari fungsi motor (berlawanan dengan fungsi mental) dan postural tone yang didapat pada umur yang dini, bahkan sebelum kelahiran. Tanda-tanda dan gejala-gejala dari cerebral palsy biasanya menunjukkan diri pada tahun pertama kehidupan. Cerebral Palsy (CP, Kelumpuhan Otak Besar) adalah suatu keadaan yang ditandai dengan buruknya pengendalian otot, kekakuan, kelumpuhan dan gangguan fungsi saraf lainnya. CP terjadi pada 1-2 dari 1.000 bayi, tetapi 10 kali lebih sering ditemukan pada bayi prematur dan 10-15% kasus terjadi akibat cedera lahir karena aliran darah ke otak sebelum/selama/ segera setelah bayi lahir.

Bayi prematur sangat rentan terhadap CP, kemungkinan karena pembuluh darah ke otak belum berkembang secara sempurna dan mudah mengalami perdarahan atau karena tidak dapat mengalirkan oksigen dalam jumlah yang memadai ke otak. Gejala biasanya timbul sebelum anak berumur 2 tahun dan pada kasus yang berat, bisa muncul pada saat anak berumur 3 bulan.

Kelainan pada sistem motor ini adalah akibat dari luka-luka otak yang tidak progresif. Sistem motor tubuh menyediakan kemampuan untuk bergerak dan mengontrol gerakan-gerakan. Luka otak adalah segala kelainan dari struktur atau fungsi otak. "Tidak progresif" berarti bahwa luka tidak menghasilkan degenerasi otak yang terus menerus (berkelanjutan). Ia juga menyiratkan bahwa luka otak adalah akibat dari luka otak satu kali, yang tidak akan terjadi lagi. Apapun kerusakan otak yang terjadi pada saat luka adalah tingkat kerusakan untuk sisa kehidupan anak.

Cerebral palsy mempengaruhi kira-kira satu sampai tiga dari setiap seribu anak-anak yang dilahirkan. Bagaimanapun, ia adalah lebih tinggi pada bayi-bayi yang dilahirkan dengan berat badan yang sangat rendah dan bayi-bayi prematur.

Dengan menarik, metode-metode perawatan yang baru yang berakibat pada angka kelangsungan hidup yang meningkat dari bayi-bayi dengan berat badan waktu lahir yang rendah dan prematur sebenarnya berakibat pada jumlah keseluruhan yang meningkat dari anak-anak dengan cerebral palsy. Teknologi-teknologi baru, bagaimanapun, tidak merubah angka dari cerebral palsy pada anak-anak yang dilahirkan dengan masa penuh dan berat badan yang normal.

## **Penyebab Cerebral Palsy**

Istilah cerebral palsy tidak mengindikasikan penyebab atau prognosis dari anak dengan cerebral palsy. Ada banyak penyebab-penyebab yang mungkin dari cerebral palsy. Pada bayi-bayi dengan masa penuh penyebab dari cerebral palsy biasanya adalah prenatal (sebelum kelahiran) dan tidak berhubungan dengan pada kejadian-kejadian pada saat kelahiran; pada kebanyakan kejadian-kejadian ia berhubungan dengan kejadian-kejadian yang terjadi selama kehamilan ketika fetus sedang berkembang didalam kandungan ibu.

Kelahiran prematur adalah faktor risiko untuk cerebral palsy. Otak premature berada pada risiko perdarahan yang tinggi, dan ketika cukup parah, ia dapat berakibat pada cerebral palsy. Anak-anak yang dilahirkan prematur dapat juga mengembangkan keadaan pernapasan menyusahkan yang serius yang disebabkan oleh paru-paru yang belum dewasa dan berkembang dengan buruk. Ini dapat

menjurus pada periode-periode dari oksigen yang berkurang yang diantarkan ke otak yang mungkin berakibat pada cerebral palsy. Proses otak yang dimengeti dengan buruk yang diamati pada beberapa bayi-bayi prematur disebut **periventricular leukomalacia**. Ini adalah penyakit dimana lubang-lubang terbentuk pada bahan putih dari otak bayi prematur. Bahan putih adalah perlu untuk pemrosesan yang normal dari sinyal-sinyal yang dipancarkan keseluruh otak, dan dari otak ke seluruh tubuh.

Kelainan-kelainan bahan putih diamati pada banyak kasus-kasus dari cerebral palsy. Meskipun demikian, adalah penting untuk mengenali bahwa mayoritas yang besar dari bayi-bayi prematur, bahkan yang dilahirkan sangat prematur, tidak menderita cerebral palsy. Banyak kemajuan-kemajuan pada bidang neonatology (perawatan dan studi dari persoalan-persoalan yang mempengaruhi bayi-bayi yang baru dilahirkan) yang telah meningkatkan kelangsungan hidup dari bayi-bayi yang sangat prematur.

Penyebab-penyebab penting lainnya dari cerebral palsy termasuk kecelakaan-kecelakaan dari perkembangan otak, penyakit-penyakit genetik, stroke yang disebabkan oleh pembuluh-pembuluh darah yang abnormal atau gumpalan-gumpalan darah, atau infeksi-infeksi dari otak. Meskipun secara luas dipercayai bahwa penyebab yang paling umum dari cerebral palsy adalah kekurangan oksigen ke otak selama kelahiran (**birth asphyxia**), ia sebenarnya adalah penyebab yang sangat jarang dari cerebral palsy. Jika cerebral palsy adalah akibat dari birth asphyxia, bayi hampir selalu menderita neonatal encephalopathy yang parah dengan gejala-gejala selama beberapa hari pertama kehidupannya.

Pada kejadian-kejadian yang jarang, kecelakaan-kecelakaan kandungan selama kelahiran-kelahiran yang terutama sulit dapat menyebabkan kerusakan otak dan berakibat pada cerebral palsy. Berlawanan dengannya, adalah sangat tidak mungkin bahwa gejala-gejala cerebral palsy akan berkembang setelah berumur beberapa tahun sebagai akibat dari komplikasi-komplikasi kandungan.

Penyiksaan anak selama masa kanak-kanak dapat menyebabkan kerusakan otak yang signifikan yang pada gilirannya, dapat menjurus pada cerebral palsy. Penyiksaan ini seringkali mengambil bentuk dari guncangan yang parah dari orangtua atau perawat yang frustrasi, yang menyebabkan hemorrhage (perdarahan) didalam atau tepat diluar otak. Untuk menambah persoalan lebih jauh, banyak anak-anak dengan kelainan-kelainan perkembangan berisiko untuk disiksa. Jadi, anak dengan cerebral palsy mungkin diperburuk secara signifikan atau bahkan dibunuh dengan kejadian tunggal dari penyiksaan.

Meskipun dengan keberagaman dari penyebab-penyebab cerebral palsy, banyak kasus-kasus menetap tanpa penyebab yang jelas. Bagaimanapun, kemampuan yang meningkat untuk melihat struktur otak dengan magnetic resonance imaging (MRI) dan CT scans serta kemampuan-kemampuan diagnostik yang diperbaiki untuk penyakit-penyakit genetik telah membuat jumlah dari kasus-kasus semacam ini jauh lebih rendah.

Jadi secara garis besar bisa dikatakan bahwa penyebab cerebral palsy adalah

1. CP bisa disebabkan oleh cedera otak yang terjadi pada saat:
  - a. bayi masih berada dalam kandungan
  - b. proses persalinan berlangsung
  - c. bayi baru lahir
  - d. anak berumur kurang dari 5 tahun.
2. Cedera otak bisa disebabkan oleh:

- a. Kadar bilirubin yang tinggi di dalam darah (sering ditemukan pada bayi baru lahir), bisa menyebabkan kernikterus dan kerusakan otak
  - b. Penyakit berat pada tahun pertama kehidupan bayi (misalnya ensefalitis, meningitis, sepsis, trauma dan dehidrasi berat)
  - c. Cedera kepala karena hematoma subdural
  - d. Cedera pembuluh darah.
3. Tetapi kebanyakan penyebabnya tidak diketahui.

Gejalanya bervariasi, mulai dari kejang yang tidak tampak nyata sampai kekakuan yang berat, yang menyebabkan perubahan bentuk lengan dan tungkai sehingga anak harus memakai kursi roda. Gejala-gejala ini termasuk:

- Kecerdasan di bawah normal
- Keterbelakangan mental
- Kejang/epilepsi (terutama pada tipe spastik)
- Gangguan menghisap atau makan
- Pernafasan yang tidak teratur
- Gangguan berbicara (disartria)
- Gangguan penglihatan
- Gangguan pendengaran
- Kontraktur persendian
- Gerakan menjadi terbatas.
- Gangguan perkembangan kemampuan motorik (misalnya menggapai sesuatu, duduk, berguling, merangkak, berjalan)

## Diagnosa

Tremor otot atau kekakuan tampak dengan jelas, dan anak cenderung melipat lengannya ke arah samping, tungkainya bergerak seperti gunting atau gerakan abnormal lainnya.

Pemeriksaan Penunjang :

1. MRI kepala menunjukkan adanya kelainan struktur maupun kelainan bawaan
2. CT scan kepala menunjukkan adanya kelainan struktur maupun kelainan bawaan
3. Pemeriksaan pendengaran (untuk menentukan status fungsi pendengaran)
4. Pemeriksaan penglihatan (untuk menentukan status fungsi penglihatan)
5. EEG
6. Biopsi otot.

## Intervensi

1. CP tidak dapat disembuhkan dan merupakan kelainan yang berlangsung seumur hidup. Tetapi banyak hal yang dapat dilakukan agar anak bisa hidup semandiri mungkin.
2. Pengobatan yang dilakukan biasanya tergantung kepada gejala

3. Jika tidak terdapat gangguan fisik dan kecerdasan yang berat, banyak anak dengan CP yang tumbuh secara normal dan masuk ke sekolah biasa. Anak lainnya memerlukan terapi fisik yang luas, pendidikan khusus dan selalu memerlukan bantuan dalam menjalani aktivitasnya sehari-hari.
4. Pada beberapa kasus, untuk membebaskan kontraktur persendian yang semakin memburuk akibat kekakuan otot, mungkin perlu dilakukan pembedahan.
5. Pembedahan juga perlu dilakukan untuk memasang selang makanan dan untuk mengendalikan refluks gastroesofageal.

### Tipe-Tipe Dari Cerebral Palsy

Berdasarkan pada bentuk dari gangguan motor, cerebral palsy dapat dibagi kedalam tipe-tipe:

- A. spastic cerebral palsy,
- B. choreoathetoid cerebral palsy, and
- C. hypotonic cerebral palsy.
- D. Cerebral Palsy Campuran

Kategori-kategori ini adalah tidak kaku, dan mayoritas dari pasien-pasien kemungkinan mempunyai campuran dari ini.

#### A. Spastic Cerebral Palsy

Spastic cerebral palsy merujuk pada kondisi dimana tone otot meningkat, menyebabkan postur yang kaku pada satu atau lebih anggota-anggota tubuh [lengan(-lengan) atau tungkai(-tungkai)]. Kekakuan ini dapat diatasi dengan beberapa tenaga, akhirnya memberikan jalan secara sepenuhnya dan tiba-tiba -- sangat mirip dengan pisau lipat yang dikenal. Kekejangan menjurus pada keterbatasan penggunaan dari anggota tubuh yang terlibat, sebagian besar disebabkan oleh ketidakmampuan untuk mengkoordinasi gerakan-gerakan. Seringkali kekejangan terjadi pada satu sisi tubuh (**hemiparesis**), namun ia juga dapat mempengaruhi keempat anggota-anggota tubuh (**quadriparesis**) atau dibatasi pada kedua tungkai-tungkai (**spastic diplegia**). Jika kondisi terjadi pada kedua tungkai-tungkai, orang itu seringkali mempunyai postur gunting, dimana tungkai-tungkai meluas dan menyilang.

Di luar tone otot yang meningkat ada juga refleks-refleks tendon dalam yang meningkat, koordinasi motor yang halus dan kasar yang terganggu, kelemahan otot, dan kelelahan diantara persoalan-persoalan lain. Kekejangan seringkali adalah akibat dari kerusakan pada bahan putih otak, namun ia juga dapat disebabkan oleh kerusakan pada bahan abu-abu.

Derajat kekejangan dapat bervariasi, mencakup dari ringan sampai parah. Anak-anak yang dipengaruhi secara ringan mungkin mengalami sedikit keterbatasan-keterbatasan dari fungsi mereka sementara anak-anak yang dipengaruhi secara parah mungkin mempunyai sedikit penggunaan sampai penggunaan tidak berarti dari anggota-anggota tubuh yang terpengaruh. Kekejangan, jika tidak dirawat secara benar, dapat berakibat pada **contractures**, yang adalah keterbatasan-keterbatasan yang permanen pada kemampuan dari gerakan sendi. Contractures dapat menjadi keterbatasan yang sangat besar pada perawatan dari anak-anak dengan cerebral palsy. Kekejangan (spasticity) dapat juga sangat menyakitkan, yang memerlukan obat untuk mengendurkan tone otot.

Proses-proses dasar yang sama yang mempengaruhi kekejangan dari anggota-anggota tubuh dapat juga berakibat pada kelainan-kelainan dari gerakan dan tone otot pada sistem-sistem tubuh yang lain. Pada otot-otot dari kepala dan muka, contohnya, cerebral palsy dapat secara besar membatasi koordinasi dan produksi kemampuan bicara, bahkan jika anak itu secara sempurna mampu mengerti pembicaraan. Juga ada keterbatasan-keterbatasan dari mengunyah, menelan, dan gerakan-gerakan muka dan mata. Gejala-gejala ini dapat terutama mengganggu untuk anak-anak yang terpengaruh dan keluarga-keluarga mereka.

Banyak pasien-pasien dengan spastic cerebral palsy tidak dapat mengontrol pengeluaran urin mereka. Ketidakmampuan ini bukan disebabkan oleh persoalan-persoalan pada pemikiran namun disebabkan oleh refleks-refleks yang meningkat dari kantong kemih. Ketika kantong kemih terisi pada anak-anak ini, ia seperti mengetuk padanya dengan martil (palu) refleks, jadi membuatnya berkontraksi dengan penuh semangat daripada normal dan menyebabkan tumpahnya urin. Incontinence (tidak dapat menahan kencing) ini dapat sangat memalukan, terutama pada anak yang secara kognitif utuh.

### **B. Choreoathetoid Cerebral Palsy**

Choreoathetoid cerebral palsy berhubungan dengan gerakan-gerakan yang abnormal, tidak terkontrol, menggeliat dari lengan-lengan dan/atau tungkai-tungkai. Berbeda dari spastic cerebral palsy, orang-orang dengan choreoathetoid cerebral palsy mempunyai beragam tone otot seringkali dengan tone otot yang berkurang (**hypotonia**). Contractures dari anggota-anggota tubuh adalah kurang umum. Gerakan-gerakan yang abnormal diaktifkan oleh stres, serta oleh reaksi-reaksi emosi yang normal seperti tertawa. Segala usaha untuk melakukan gerakan-gerakan yang sukarela, misalnya menjulurkan lengan dalam usaha untuk menjangkau obyek mungkin berakibat pada banyak gerakan-gerakan yang tidak sukarela pada lengan-lengan, tungkai-tungkai, batang tubuh, dan bahkan muka. Ada tipe-tipe yang berbeda dari gerakan-gerakan yang abnormal. Dua dari yang paling umum adalah penyakit gerakan choreoathetotic dengan kontraksi-kontraksi yang cepat, tidak teratur, tidak dapat diprediksi dari individu atau kelompok-kelompok otot kecil dan **dystonia** dengan postur abnormal yang gigih namun tidak permanen dari beberapa bagian-bagian tubuh (lengan-lengan, tungkai-tungkai, batang tubuh) yang disebabkan oleh kontraksi-kontraksi otot yang abnormal. Penyakit dystonic juga mempengaruhi otot dari ekspresi (ungkapan) muka, menelan, deglutition dan kemampuan bicara, berakibat pada kekurangan-kekurangan fungsional yang parah.

Gerakan-gerakan ini dapat menjadi cukup melemahkan dan sangat besar membatasi kemampuan anak untuk banyak tugas-tugas motor. Lebih jauh, gerakan-gerakan adalah serupa pada latihan yang konstan, dengan demikian menyebabkan anak yang terpengaruh untuk me-metabolisme jumlah yang besar dari kalori-kalori. Choreoathetoid cerebral palsy seringkali berhubungan dengan kerusakan pada struktur-struktur otak yang khusus yang terlibat dalam kontrol gerakan -- **basal ganglia**. Seperti spastic cerebral palsy, derajat dari keparahan gejala seringkali bervariasi, dari yang dipengaruhi dengan ringan sampai dengan yang parah.

### **C. Hypotonic Cerebral Palsy**

Hypotonia adalah tone otot yang berkurang. Bayi atau anak dengan hypotonic cerebral palsy nampak terkulai -- seperti rag doll (boneka-boneka dari potongan-potongan kain). Pada masa kanak-kanak dini, hypotonia dapat dengan mudah terlihat oleh ketidakmampuan dari bayi untuk memperoleh segala kontrol kepala ketika ditarik oleh lengan-lengan ke posisi duduk (gejala ini seringkali dirujuk

sebagai kepala yang ketinggalan). Anak-anak dengan hypotonias yang parah mungkin mempunyai kesulitan yang paling besar dari semua anak-anak dengan cerebral palsy dalam mencapai tonggak-tonggak ketrampilan motor dan perkembangan kognitif yang normal.

Hypotonic cerebral palsy seringkali adalah akibat dari kerusakan otak yang parah atau bentuk-bentuk cacat. Dipercayai bahwa hypotonic cerebral palsy adalah akibat dari luka atau bentuk cacat pada tingkat perkembangan otak dini yang menyebabkan spastic atau choreoathetoid cerebral palsy. Hypotonia pada masa kanak-kanak adalah penemuan yang umum pada banyak kondisi-kondisi neurological, yang mencakup dari kelainan-kelainan yang sangat ringan sampai penyakit-penyakit neurodegeneratif atau otot yang parah atau bahkan fatal. Adalah penting untuk mencatat bahwa banyak anak-anak dengan spastic cerebral palsy melewati keadaan yang singkat dari menjadi sedikit banyak hypotonic pada kehidupan awalnya, sebelum menghadirkan sindrom sepenuhnya

#### **D. Cerebral Palsy Campuran**

Banyak (kemungkinan kebanyakan) anak-anak dengan cerebral palsy mempunyai banyak gejala-gejala dengan kombinasi-kombinasi dari beragam bentuk-bentuk dari cerebral palsy. Contohnya, anak-anak dengan spastic cerebral palsy sering berlanjut mempunyai head lag (kepala yang ketinggalan), yang adalah wakil dari hypotonia. Anak-anak dengan choreoathetoid atau hypotonic cerebral palsy seringkali mempunyai refleks-refleks tendon dalam yang meningkat, yang menyarankan beberapa kekejangan (spasticity).

Daftar Pustaka :

Hallahan, D.P dan Kauffman, J.M. 1988. *Exceptional Children. Introduction to Special Education*. Fourth Edition. New Jersey: Prentice-Hall international, Inc.

# DISPRAKSIA

Disusun oleh Dr. Endang Widyorini, MS, Psi

Seseorang dengan dispraksia mempunyai masalah dengan gerakan dan kordinasi. Hal ini juga dikenal dengan "Motor Learning Disability". Orang itu merasa sulit untuk melakukan gerakan-gerakan yang halus dan terkordinasi. Dispraksia sering muncul bersamaan dengan masalah-masalah berbahasa, dan kadang-kadang suatu tingkat kesulitan dengan persepsi dan berpikir. Dispraksia tidak mempengaruhi kepiintaran seseorang, namun dapat mengakibatkan kesulitan belajar, khususnya bagi anak-anak.

Dispraksia juga dikenal sebagai "Developmental Co-ordination Disorder" (DCD), "Perceptuo-Motor Dysfunction", dan "Motor Learning Difficulties". Istilah-istilah "Clumsy Child Syndrome" atau "Minimal Brain Damage" tidak lagi dipergunakan

Dispraksia pertumbuhan adalah suatu ketidakmatangan dari pengaturan gerakan. Otak tidak mengolah informasi secara memungkinkan untuk transmisi sepenuhnya dari pesan-pesan syaraf. Seseorang dengan dispraksia sulit untuk merencanakan apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya. Para ilmuwan tidak mengetahui apa penyebabnya. Para ahli percaya bahwa sel-sel urat syaraf seseorang yang mengontrol otot-otot ("motor neurons") tidak berkembang dengan semestinya. Jika "motor neurons" tidak dapat membentuk hubungan yang semestinya, apapun alasannya, otak akan membutuhkan waktu lebih banyak untuk mengolah data. Dalam beberapa kasus dispraksia dapat diturunkan.

## Fakta dan Statistik Mengenai Dispraksia

- "World Health Organization" menyatakan dalam 'Diagnostic and Statistic Manual-IV'nya, bahwa hal ini mempengaruhi 6% dari semua anak-anak sampai kepada beragam tingkatan, sementara yang lain memperkirakan hal itu berkisar antara 10-20%.
- Yayasan Dispraksia percaya bahwa satu dari 30 anak mempunyai suatu tingkat kesulitan "dyspraxic" dan 2% dari populasi orang dewasa. Laki-laki punya kemungkinan empat kali lebih banyak dari perempuan.
- Tidak semua kondisi dispraksia mempengaruhi anak dengan cara yang sama, hal itu sendiri akan berubah dengan bertambahnya usia. Namun suatu jenis "dyspraxic" akan menunjukkan karakteristik-karakteristik yang berbeda dari normal sejak lahir.

## Apa Karakteristik Anak dengan Kesulitan Belajar Khusus?

Hallahan & Kauffman (dalam Mangunsong, 2009) menyebutkan 6 (enam) karakteristik anak dengan kesulitan belajar khusus, yaitu:

### 1. Masalah prestasi akademis- Bahasa tulisan ("Disgrafia")

Anak dengan kesulitan belajar sering mengalami masalah dalam tulisan tangan, ejaan, dan komposisi. Sebagian dari mereka menulis dengan lambat dan sulit dibaca. Mereka juga mengalami kesulitan dalam aspek-aspek kreatif sebuah komposisi, misalnya tidak terorganisasi dalam menulis sebuah paragraf. Anak dengan dispraksia memiliki masalah dengan perkembangan motoriknya (dalam hal ini adalah gerakan tangan dan jari-jemarinya), sehingga menyebabkan mereka kesulitan dalam menulis.



- Bahasa lisan Anak dengan kesulitan belajar memiliki masalah dengan penggunaan bahasa secara mekanikal maupun sosial. Secara mekanikal, mereka mengalami masalah dalam tata bahasa ("syntax"), arti kata ("semantics"), dan kemampuan menguraikan kata menjadi komponen bunyinya atau menyatukan bunyi-bunyian menjadi kata-kata ("phonology"). Secara sosial, mereka mengalami kesulitan memproduksi dan menerima percakapan. Anak dengan dispraksia mengalami kesulitan dalam berbicara yang disebabkan karena memiliki masalah motorik pada otot-otot mulut mereka

2. Masalah perseptual, perseptual-motor, dan koordinasi umum Penelitian menunjukkan terdapatnya ketidakmampuan persepsi visual dan/atau auditori pada anak dengan kesulitan belajar. Anak dengan masalah persepsi visual mengalami kesulitan menyelesaikan "puzzle" atau melihat dan mengingat bentuk- bentuk visual, serta memiliki kecenderungan memutar balik huruf (misalnya 'd' dibaca 'b'). Mereka juga mengalami kesulitan dalam membedakan dua kata yang berbunyi hampir sama, misalnya fit dan fib, serta sulit mengikuti arahan secara lisan. Selain itu, mereka mengalami kesulitan dalam aktivitas fisik yang melibatkan kemampuan motorik.

3. Gangguan atensi dan hiperaktivitis Contoh-contoh perilaku anak dengan kesulitan belajar yang mengalami masalah atensi dan hiperaktivitas, yaitu

- Kesulitan berkonsentrasi pada satu tugas dalam waktu tertentu.
- Gagal dalam mendengarkan orang lain.
- Tidak berhenti berbicara.
- Langsung mengeluarkan apa yang sedang ada di dalam pikirannya.
- Tidak terorganisir dalam merencanakan kegiatan sekolah maupun luar sekolah.

4. Masalah memori, kognitif, dan metakognitif. Anak dengan kesulitan belajar memiliki masalah dalam mengingat suatu hal, seperti janji atau tugas. Masalah mengingat ini berdampak pada 2 tipe memori, yaitu:

- STM ("Short Term Memory"), kesulitan mengingat kembali informasi segera setelah melihat atau mendengarnya.
- WM ("Working Memory"), kesulitan untuk menyimpan informasi dalam pikiran sementara mengerjakan tugas kognitif lainnya. Mereka juga memiliki masalah dalam kognisi, yaitu berpikir secara tidak terorganisir, sehingga bermasalah dalam perencanaan kegiatan. Mereka juga mengalami masalah dalam metakognisi, misalnya kesulitan dalam menilai sulit atau tidaknya sebuah tugas.

5. Masalah sosial-emosional. Pada tahun-tahun awalnya, anak dengan kesulitan belajar sering mengalami penolakan oleh teman-teman sebayanya dan memiliki konsep diri yang buruk. Pada masa dewasa, pengalaman menyakitkan pada masa kecil menjadi sulit untuk disembuhkan, sehingga memiliki risiko mengalami depresi, bahkan bunuh diri.

6. Masalah motivasional. Anak dengan kesulitan belajar terlihat membiarkan sesuatu terjadi tanpa berusaha mengontrolnya. Mereka

a percaya bahwa hidup mereka dikontrol oleh faktor-faktor eksternal, seperti keberuntungan atau takdir, daripada faktor internal, seperti keinginan yang kuat atau kemampuan diri. Orang seperti ini

biasanya menampilkan "learned helplessness", yaitu kecenderungan menyerah dan mengharapkan hal yang buruk karena beranggapan bahwa sekeras apapun mereka berusaha, mereka akan gagal.

10 karakteristik tambahan, yaitu:

1. Hambatan dalam orientasi ruang, arah/"spatial".
2. Hambatan dalam perkembangan bahasa
3. Hambatan dalam pembentukan konsep
4. Masalah perilaku.
5. Memiliki sejarah kegagalan akademik yang berulang kali.
6. Hambatan fisik maupun lingkungan berinteraksi dengan kesulitan belajar
7. Kecemasan yang samar-samar.
8. Perilaku yang berubah-ubah dan tidak dapat diduga.
9. Penilaian (label) yang keliru karena data tidak lengkap.
10. Pendidikan yang tidak memadai dengan kebutuhan anak

Fakta yang dianggap relevan dengan persoalan penanganan masalah dispraksia di Indonesia diantaranya adalah:

1. Keterbatasan tenaga ahli yang terlatih di Indonesia.
2. Keterbatasan petunjuk treatment formal di Indonesia.
3. Keterbatasan deteksi dini kasus-kasus dispraksia yang tidak dideteksi secara dini, sehingga ketika anak menjadi semakin besar, maka semakin kompleks persoalan intervensi yang dihadapi orangtua.
4. Minimnya pengetahuan terkait dispraksia, baik secara klinis maupun praktis, yang didukung dengan penelitian empiris ("Evidence Based Practice"). Akibatnya, pemilihan jenis intervensi lebih dipengaruhi cerita keberhasilan pada anak lain, janji-janji pengembang metode tertentu, kemudahan menjangkau tempat terapi atau biaya terapi, bukan kepada efektifitas terapi yang terbukti.

### Mengapa Intervensi Dini Sangat Penting?

Meskipun dispraksia tidak bisa disembuhkan, anak-anak dengan kondisi ini mungkin akan lebih baik saat menjadi dewasa. Gejala-gejala pada anak-anak dan orang dewasa dapat berkurang jika mereka diberikan penanganan yang layak dan nasehat untuk langkah-langkah praktis dapat mengurangi kesulitan sehari-hari yang disebabkan oleh dispraksia ini.

Diagnosa dini dari dispraksia adalah kunci untuk menolong baik anak-anak maupun orang dewasa dalam mengatasi keadaan ini. Karena dispraksia bukan berarti kurangnya kepintaran, mereka yang bisa mengembangkan tehnik meniru dapat menjadi sangat berhasil di kemudian hari. Intervensi dini termasuk terapi pekerjaan untuk mengatasi kordinasi gerak, terapi bicara, dan kemungkinan terapi bermain untuk anak-anak, atau terapi tradisional bagi orang dewasa.

Bertumbuh besar sudah merupakan hal yang cukup sulit. Anak-anak harus mengatasi rintangan-

rintangan yang biasa untuk berhasil dalam kehidupan. Intervensi dini sangatlah penting dalam menolong seorang anak dengan dispraksia mengatasi tantangan- tantangan tambahan.

#### Daftar Pustaka

- Kirby A; Dyspraxia series: part one. At sixes and sevens. J Fam Health Care. 2011 Jul-Aug;21(4):29-31
- Dewi, N dan Judarwanto, Pediatrician. Children Grow Up Clinic Jakarta Indonesia.  
<http://motoricsensoryprocessing.wordpress.com/2012/10/29/penanganan-terkini-dispraksia-pada-anak/>

# KETUNAAN FISIK

Disusun oleh Drs. George Harjanta, MSi

## A. TUNA RUNGU

### Definisi dan Klasifikasi

Ada dua sudut pandang dalam mendefinisikan dan mengklasifikasikan gangguan pendengaran:

- Orientasi fisiologis  
Terutama memperhatikan pengukuran kehilangan pendengaran.  
Orang yang tidak bisa mendengar di atas tingkat kekerasan (*loudness*) tertentu dianggap tuli dan mereka yang kehilangan pendengaran di bawah tingkat tertentu dianggap sulit mendengar (*hard of hearing*). Satuan pengukurannya adalah **decibel** (0 adalah suara terlemah yang masih terdengar oleh orang normal). Di atas 90 dB dianggap tuli.
- Orientasi pendidikan  
Terutama berkaitan dengan seberapa jauh kehilangan pendengaran mempengaruhi kemampuan anak untuk berbicara dan mengembangkan bahasa, karena ada hubungan yang erat antara kehilangan pendengaran dengan tertundanya perkembangan berbahasa.

Dari sudut pandang tersebut muncul definisi-definisi:

- Gangguan pendengaran adalah istilah generik yang menunjukkan ketidakmampuan pendengaran yang mungkin bervariasi dari ringan sampai parah. Pengertian ini meliputi tuli dan sulit mendengar.
- Seorang yang tuli adalah mereka yang ketidakmampuan pendengarannya menghalangi pemrosesan informasi linguistik melalui pendengaran, dengan atau tanpa alat bantu dengar.
- Orang yang sulit mendengar adalah mereka yang biasanya dengan menggunakan alat bantu dengar mempunyai cukup sisa pendengaran untuk memungkinkan pemrosesan informasi linguistik melalui pendengaran.

Para pendidik sangat memperhatikan onset gangguan pendengaran. Makin dini kehilangan pendengaran, makin terganggu dalam kaitan dengan perkembangan berbahasanya. Dengan alasan ini, para profesional menggunakan istilah **congenitally deaf** (mereka yang lahir tuli) dan *adventitiously deaf* (mereka yang mengalami tuli beberapa waktu setelah kelahiran). Dua istilah lain yang lebih spesifik dalam menekankan penerimaan bahasa adalah: *prelingual deafness* (ketulian saat lahir atau pada usia dini sebelum perkembangan bicara atau bahasa) dan *postlingual deafness* (ketulian yang terjadi pada usia perkembangan bicara atau bahasa).

### Penyebab

Cara yang paling umum untuk menentukan penyebab kehilangan pendengaran adalah berdasarkan lokasi dari masalah mekanisme pendengaran. Ada 3 klasifikasi:

#### **1. Conductive hearing losses**

Berkaitan dengan gangguan pendengaran karena terganggunya transfer suara sepanjang jalur konduksi/penyaluran. Secara anatomis gangguan ini disebabkan masalah di telinga luar atau tengah.

#### **2. Sensorineural hearing losses**

Masalah pendengaran yang berkaitan dengan telinga dalam, karena berkaitan dengan kerusakan pada syaraf dan kanal keseimbangan.

### **3. *Mixed hearing losses***

#### **Karakteristik Psikologis dan Perilaku**

##### **Perkembangan bahasa dan bicara**

Bidang perkembangan yang paling terganggu pada gangguan pendengaran adalah pemahaman dan produksi bahasa. Disini ditekankan perbedaan bahasa lisan dan bahasa non lisan, karena bahasa lisan adalah bahasa yang digunakan kebanyakan orang yang bisa mendengar. Mereka yang mengalami gangguan pendengaran bisa saja pandai dalam bentuk bahasa mereka sendiri.

Kebanyakan orang dengan gangguan bicara bisa berbicara. Meskipun gangguan pendengaran mengalami hambatan perkembangan berbicara normal, tetapi hanya sedikit yang tidak dapat diajar berbicara. Terbukti bahwa hampir tidak ada anak yang terlahir dengan tanpa pendengaran yang absolut. Meskipun anak dengan gangguan pendengaran mengalami hambatan perkembangan pemahaman dan produksi bahasa, tetapi mereka yang tuli total hanya akan tumbuh bisu, kecuali bila diberi latihan khusus.

Kurangnya umpan balik juga disebut sebagai penyebab utama buruknya produksi bahasa. Meskipun mereka sebenarnya mengalami tahap babbling seperti anak yang normal, tetapi mereka sebentar dan lebih sedikit menggunakan konsonan. Hal ini disebabkan anak yang bisa mendengar mendapat penguatan verbal dan suara mereka sendiri.

##### **Kemampuan intelektual**

Ada 2 sudut pandang yang berbeda. Yang pertama, gangguan pendengaran mengakibatkan kurangnya kemampuan konseptual, karena berpikir tergantung pada bahasa. Akibatnya, konsep yang berkaitan dengan bahasa sulit bagi individu dengan gangguan pendengaran. Yang lain berpendapat bahwa kesulitan pada tugas konseptual mereka bukan karena bahasa yang buruk, tetapi karena komunikasi yang tidak memadai dengan orang di sekitar mereka.

Kini sebagian besar penulis setuju bahwa bila menggunakan tes inteligensi yang nonverbal, terutama bila tes ini menggunakan bahasa isyarat, anak yang bergangguan pendengaran tidaklah terbelakang secara intelektual. Mereka yang termasuk terbelakang berkisar 20 sampai 40 % dari orang yang tuli dengan kecacatan tambahan, seperti visual, ketidakmampuan belajar dan lain-lain.

##### **Prestasi akademik**

Sayangnya anak dengan gangguan pendengaran sering mengalami hambatan prestasi akademik. Kemampuan membaca yang sangat mengandalkan ketrampilan berbahasa dan merupakan aspek prestasi akademik yang paling penting adalah yang paling terpengaruh. Anak dengan gangguan pendengaran mengalami underachievement yang parah pada membaca. Pada usia 20 tahun, hanya setengah dari siswa yang bisa membaca untuk kelas 4, yaitu tingkat membaca surat kabar. Sedangkan di bidang hitungan, prestasi tertinggi yang bisa dicapai remaja 20 tahun yang mengalami gangguan pendengaran adalah kelas 8.

##### **Penyesuaian sosial**

Perkembangan kepribadian dan sosial pada populasi umum amat tergantung pada komunikasi. Tidak mengherankan bahwa banyak peneliti menemukan bahwa individu dengan gangguan pendengaran mempunyai karakteristik kepribadian dan sosial yang berbeda dengan orang dengan pendengaran yang normal.

Meadow menunjukkan gangguan emosi yang berat tidak lagi merupakan prevalensi pada individu yang tuli. Orang yang tuli mempunyai masalah hidup yang lebih tinggi berkaitan dengan perkawinan, sosial dan pekerjaan. Juga ada bukti bahwa 20 sampai 40 % anak tuli dengan cacat tambahan –seperti gangguan visual, kesulitan belajar – lebih mungkin mengalami maladjustment.

Apakah anak dengan gangguan pendengaran mengembangkan masalah perilaku tergantung pada bagaimana lingkungan menerima ketidakmampuan mereka. Sama seperti gangguan fisik atau indera yang lain, bagaimana penerimaan lingkungan – terutama orang tua – yang lebih menentukan apakah anak akan menunjukkan masalah perilaku.

Karena mereka sering terputus dari komunikasi dengan lingkungan, anak dengan gangguan pendengaran relatif terisolasi. Mereka mengalami kesulitan mencari teman dan dipandang oleh guru sebagai amat pemalu, sehingga mereka menarik diri.

### **Perhatian Khusus dalam Pendidikan Anak Prasekolah**

Moore menyatakan tiga faktor yang mendorong peningkatan program pendidikan bagi anak yang bergangguan pendengaran adalah:

1. Banyak profesional memperhatikan penampilan akademik yang buruk pada anak bergangguan pendengaran di sekolah dasar. Harapannya bahwa intervensi yang lebih dini akan mengurangi buruknya penampilan akademik.
2. Gerakan dalam pendidikan umum pada pendidikan pengganti/pelengkap (misalnya Head Start) juga mempengaruhi para pendidik anak bergangguan pendengaran mengamati pendidikan prasekolah sebagai cara untuk memecahkan berbagai masalah pendidikan.
3. Epidemic campak pada 1964-1965 mengakibatkan lebih banyak anak bergangguan pendengaran. Banyak diantara mereka mengalami hambatan tambahan. Dalam mengantisipasi masuknya mereka ke sekolah dasar pada tahun 1970an, para pendidik menyusun program prasekolah untuk menolong mereka.

Meadow-Orlans sampai pada beberapa kesimpulan menarik. Makin dini intervensi dimulai, makin besar kesempatan untuk efektif. Ia mendaftar intervensi awal bagi anak bergangguan pendengaran.

1. Sangat ditekankan konseling orang tua, baik secara kelompok maupun individual.
2. Melakukan pemeriksaan alat bantu dengar setiap hari untuk memastikan alat tersebut bekerja dengan baik.
3. Mendorong perkembangan ketrampilan oral dan bicara.
4. Memasukkan bahasa isyarat sebagai komponen program untuk orang tua maupun anak. Pandangan bahwa bahasa isyarat merupakan bantuan komunikasi bagi anak dan alat yang perlu untuk perolehan bahasa.
5. Pendekatan yang fleksibel untuk mencocokkan kebutuhan bahasa keluarga dan kapasitas program. Ini berarti melibatkan berbagai bahasa isyarat yang digunakan orang tua anak tuli yang terlibat dalam program pendidikan.
6. Kehadiran orang tuli sebagai staf atau sumber, baik penuh-waktu maupun paruh-waktu, mengindikasikan sikap positif pada ketulian.

### **Pengelolaan Anak di Sekolah**

Ada sejumlah saran untuk menangani masalah khusus anak yang bergangguan pendengaran di kelas reguler. Sebagian besar dari saran ini berdasarkan pemahaman rasional:

1. Guru seharusnya memberi perhatian khusus pada kualitas dan kuantitas interaksi sosial anak bergangguan pendengaran. Menempatkan anak bergangguan pendengaran dan anak normal bersama tidak menjamin interaksi sosial yang tepat. Anak dengan gangguan pendengaran cenderung lebih berinteraksi dengan guru dari pada temannya. Guru perlu mencegah anak bergangguan pendengaran untuk selalu mencari guru untuk minta bantuan. Siswa lain bisa diminta untuk menolong anak bergangguan pendengaran.
2. Guru seharusnya memungkinkan pengaturan tempat duduk khusus bagi anak bergangguan pendengaran, sehingga mereka bisa menangkap sebanyak mungkin isyarat auditif maupun visual. Anak bergangguan pendengaran sebaiknya ditempatkan di depan, supaya bisa mendengar dan melihat dengan lebih baik. Jarak yang optimal adalah 2 meter dari guru.
3. Gangguan/distraksi auditori atau visual harus ditekan seminimum mungkin.
4. Membaca bibir akan terfasilitasi bila guru berbicara secara natural.
5. Guru perlu menyadari seberapa penting wajah dan tubuhnya sepenuhnya tampak pada anak bergangguan pendengaran.
6. Karena kurang mengerti apa yang dikatakan atau karena menyadari bahwa bicara mereka kurang sempurna, anak bergangguan pendengaran sering menarik diri dari diskusi kelas. Penting bagi guru untuk menarik anak ini untuk bergabung dalam diskusi kelas sebagai anggota, misalnya dengan bertanya pada mereka yang tidak hanya membutuhkan jawaban yang singkat atau meminta mereka membacakan bacaan singkat.
7. Guru perlu menyadari bahwa anak bergangguan pendengaran telah belajar coping tertentu yang membuat mereka seolah-olah mengerti apa yang sedang terjadi padahal mereka tidak mengerti. Misalnya ikut tertawa padahal mereka tidak tahu apa yang lucu, mereka hanya menirukan teman.
8. Guru seharusnya memberanikan anak untuk bertanya; bila perlu mengulang pernyataan atau instruksi untuk meningkatkan kemampuan membaca bibir anak bergangguan pendengaran.
9. Guru seharusnya berusaha menggunakan setiap bantuan visual, misalnya dengan menulis di papan tulis atau menggunakan alat bantu visual yang lain.

## B. TUNA NETRA

### Definisi dan Klasifikasi

Ada dua cara yang umum untuk mendefinisikan gangguan penglihatan:

- Legal

Definisi awam dan medis. Definisi ini menyangkut pemeriksaan ketajaman dan bidang penglihatan yang digunakan untuk menentukan apakah seorang individu untuk bisa memperoleh keuntungan yang tersedia bagi orang buta. American Medical Association mengusulkan definisi ini pada 1934 dan sekarang diterima oleh American Foundation for the Blind.

Orang yang buta secara hukum adalah seorang yang mempunyai ketajaman visual 20/200 atau kurang pada mata yang lebih baik, meskipun dengan koreksi (misalnya kaca mata) atau mereka yang bidang penglihatannya sedemikian sempit sehingga diameter terluas di bawah 20 derajat. Pecahan 20/200 berarti orang melihat pada jarak 20 kaki apa yang dilihat orang normal pada 200 kaki (ketajaman visual normal adalah 20/20). Dimasukkannya bidang penglihatan yang sempit berarti bahwa seseorang mungkin saja memiliki ketajaman 20/20 di pusat penglihatan, tetapi mengalami penglihatan tepi yang parah.

Sebagai tambahan pada klasifikasi kebutaan, ada juga suatu kategori yang mengacu pada kebutaan sebagian (*partially blind*) atau penglihatan sebagian (*partially sighted*). Orang dengan kebutaan sebagian atau penglihatan sebagian, menurut sistem klasifikasi legal, adalah orang yang ketajaman visualnya antara 20/70 dan 20/200 pada mata yang baik dengan koreksi.

- Educational

Definisi dari para pendidik. Sebagian besar pendidik menemukan bahwa skema legal masih kurang memadai. Mereka mengamati bahwa ketajaman visual bukanlah predictor yang akurat mengenai bagaimana orang akan berfungsi atau menggunakan sisa penglihatan yang dimiliki.

Untuk tujuan pendidikan, orang yang buta adalah mereka yang mengalami gangguan yang parah sehingga harus diajar membaca dengan Braille atau dengan menggunakan metode pendengaran (pita audio atau rekaman); individu dengan penglihatan sebagian dapat membaca cetakan walaupun mereka perlu menggunakan kaca pembesar atau buku dengan cetakan yang besar.

### Pengukuran Kemampuan Visual

Ketajaman visual biasa diukur dengan peta Snellen (Snellen chart) yang terdiri dari baris-baris huruf (untuk mereka yang tahu abjad) atau E (bagi anak yang amat muda atau yang tak dapat membaca). Ada 8 baris yang berkaitan dengan jarak 15, 20, 30, 40, 50, 70, 100 dan 200 kaki. Orang biasanya diuji pada jarak 20 kaki (6 meter). Bila mereka bisa membaca huruf pada baris 20 kaki, mereka dikatakan mempunyai ketajaman visual pusat 20/20; bila mereka bisa membaca huruf pada baris 70 kaki yang lebih besar, mereka dikatakan mempunyai ketajaman visual pusat 20/70.

Salah satu masalah dalam penggunaan peta Snellen adalah pengukuran ini bukan predictor yang akurat mengenai seberapa baik anak akan dapat membaca. Ketajaman visual diukur dalam jarak tertentu, bukan untuk jarak dekat. Oleh karena itu, laporannya berkaitan dengan ketajaman visual jarak jauh. Padahal banyak aktivitas pendidikan – terutama membaca – membutuhkan kemampuan visual jarak dekat. Maka dikembangkan peta Snellen dengan jarak 14 inci (35 cm). Tes penglihatan dekat lain adalah peta Jaeger (Jaeger chart) yang terdiri dari baris huruf dengan berbagai ukuran. Salah satu



aspek yang bermanfaat dari peta Jaeger adalah hasilnya bisa diinterpretasi dalam kaitan materi membaca apa yang dapat digunakan oleh orang yang bergangguan penglihatan.

Barraga dan kawan-kawan telah mengembangkan instrument asesmen – **Diagnostic Assessment Procedure (DAP)** – untuk memeriksa fungsi penglihatan. DAP terdiri dari 40 tugas yang terbagi dalam 8 kategori.

- A. Kesadaran akan stimulus visual
- B. Kontrol gerakan mata, diskriminasi bentuk dan warna
- C. Eksplorasi, diskriminasi, penggunaan objek
- D. Diskriminasi dan identifikasi gambar objek, orang, aksi
- E. Ingatan akan detil, hubungan bagian-keseluruhan, diskriminasi figur-latar belakang
- F. Diskriminasi, identifikasi, reproduksi figur dan simbol abstrak
- G. Persepsi hubungan dalam gambar, figur abstrak, simbol
- H. Identifikasi, persepsi, reproduksi simbol tunggal dan kombinasi simbol

### Penyebab

Penyebab paling umum pada gangguan penglihatan adalah kesalahan refraksi. **Myopia** (rabun jauh), **hyperopia** (rabun dekat) dan **astigmatisme** (pandangan kabur) terjadi akibat kesalahan refraksi yang mempengaruhi ketajaman visual. Myopia terjadi karena bola mata terlalu panjang, sehingga fokus bayangan benda jatuh di depan retina. Myopia berpengaruh pada pandangan jauh, tetapi pandangan dekat mungkin tidak terpengaruh. Sebaliknya, hyperopia terjadi karena bola mata terlalu pendek, sehingga fokus bayangan benda jatuh di belakang retina. Bila kornea atau lensa mata tidak teratur, orang akan mengalami astigmatisme. Pada kasus ini, bayangan dari objek akan kabur atau terdistorsi. Ketiga gangguan penglihatan ini bisa dikoreksi dengan kaca mata atau lensa kontak.

Gangguan penglihatan lain adalah **glaucoma**, yaitu terjadinya tekanan yang berlebihan pada bola mata. Penyebab glaucoma masih belum diketahui secara pasti. Bila tidak terdiagnosis, kondisi ini bisa meningkat, sehingga penyaluran darah ke syaraf mata bisa terhenti dan berakibat kebutaan.

**Cataract** terjadi karena berawan/berkabutnya lensa mata yang mengakibatkan pandangan menjadi kabur. Pada anak-anak, hal ini disebut **congenital cataract**. Penglihatan jarak dan warna amat terpengaruh. Tindakan operasi biasanya dilakukan untuk mengoreksi gangguan ini.

Gangguan yang disebabkan oleh diabetes adalah **diabetic retinopathy**, yaitu suatu kondisi yang terjadi karena penyaluran darah ke retina terinterferensi.

Kondisi bawaan lain adalah **coloboma**, suatu penyakit degenerative dimana daerah pusat atau tepi retina tidak terbentuk secara sempurna. Akibatnya terjadi gangguan pada ketajaman medan atau pusat penglihatan. Kondisi prenatal yang lain adalah retinosis pigmentosa, suatu penyakit hereditas yang mengakibatkan degenerasi pada retina. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah infeksi yang berpengaruh pada janin, seperti syphilis atau rubella.

Dua gangguan penglihatan yang lain adalah strabismus dan nystagmus. Strabismus adalah salah satu atau kedua mata diarahkan terlalu ke dalam atau keluar. Hal ini terjadi karena fungsi otot mata yang tidak tepat. Bila tidak dikoreksi, kondisi ini bisa menimbulkan kebutaan, karena otak akan menolak signal dari mata yang menyimpang. Nystagmus adalah gerakan mata yang cepat dan tak terkendali. Hal ini mengakibatkan pusing dan mual. Nystagmus sering menandakan adanya malfungsi otak atau masalah pada telinga dalam.

## Karakteristik Psikologis dan Perilaku

### Perkembangan bahasa

Banyak penulis percaya bahwa gangguan penglihatan tidak mengubah kemampuan memahami dan menggunakan bahasa. Mereka menunjuk pada beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa siswa dengan hambatan penglihatan tidak ada berbeda dengan yang berpenglihatan normal pada tes inteligensi verbal maupun pada aspek-aspek penting bahasa. Hanya beberapa aspek kecil, seperti gerak tubuh, yang menunjukkan perbedaan. Karena sensori pendengaran lebih penting dari pada penglihatan dalam belajar bahasa, maka penyandang tuna netra relatif tidak terpengaruh fungsi bahasanya, bahkan mungkin lebih termotivasi karena merupakan saluran utama untuk berkomunikasi.

### Kemampuan intelektual

Menurut Samuel P. Hayes kebutaan tidak otomatis mengakibatkan inteligensi yang rendah. Ia tidak menemukan bahwa anak yang buta mengalami kemalangan dalam inteligensi verbal dan tidak ada hubungan antara usia terjadinya kebutaan dan IQ.

- Kemampuan konseptual

Perkembangan kemampuan konseptual atau berpikir pada anak buta tertinggal di belakang anak yang melihat. Khususnya, anak yang terganggu secara visual lebih buruk pada tugas-tugas yang membutuhkan berpikir abstrak. Mereka jauh lebih bisa berinteraksi dengan lingkungan secara konkrit. Hal ini juga diamati oleh Stephens dan Grube bahwa anak buta lebih terbelakang dalam pemahaman terhadap tugas konseptual.

- Kemampuan spasial

Anak yang buta lebih inferior pada konsep spasial, tetapi kemampuan ini bukanlah tidak mungkin dikembangkan oleh mereka yang buta. Tampaknya orang buta mengembangkan konsep spasial dengan menggunakan indera lain selain penglihatan. Orang buta kadang mengembangkan penilaian jarak dengan memperhatikan waktu yang dibutuhkan untuk berjalan dalam jarak tertentu. Indera peraba juga biasa digunakan untuk memperoleh konseptualisasi spasial, tetapi karena keterbatasan indera ini, kadang mereka juga mengalami kesulitan.

### Mobilitas

Kemampuan yang mungkin paling penting bagi penyesuaian diri yang berhasil adalah kemampuan mobilitas – kemampuan untuk bergerak di lingkungan. Ketrampilan mobilitas ini tergantung pada kemampuan spasial. Ada 2 cara orang yang cacat penglihatan dapat memproses informasi spasial:

- Sebagai rute yang berangkai
- Sebagai peta yang menggambarkan relasi umum dari berbagai poin di lingkungan.

Yang terakhir disebut sebagai cognitive mapping, dan lebih disukai, karena lebih menawarkan fleksibilitas dalam menavigasi lingkungan.

### Prestasi akademis

Penelitian mengenai prestasi akademik pada penderita gangguan penglihatan hanya sedikit, karena kesulitan pengukuran yang bisa membandingkan mereka yang buta dan melihat. Misalnya kesulitan untuk mengukur kemampuan membaca antara mereka yang buta dan melihat, karena huruf yang digunakan berbeda.

Kesimpulan umum yang diterima secara umum adalah pengaruh terhadap prestasi akademik mereka yang terganggu penglihatannya tidak sebesar pengaruh pada mereka yang terganggu pendengarannya. Terbukti pendengaran lebih penting bagi pendidikan dari pada penglihatan. Stimuli

yang penting dalam belajar lebih mudah dan lebih efektif disampaikan pada orang yang buta dari pada orang yang tuli.

### **Penyesuaian sosial**

Disimpulkan bahwa masalah kepribadian bukanlah kondisi yang melekat pada kebutaan. Bila maladjustment terjadi pada orang buta, hal ini lebih mungkin dikarenakan cara lingkungan memperlakukan mereka. Reaksi lingkungan terhadap orang buta yang menentukan penyesuaian mereka.

Beberapa ahli percaya bahwa orang buta mengalami kesulitan mempelajari ketrampilan sosial seperti ekspresi wajah yang tepat, karena ketrampilan semacam ini biasanya diperoleh melalui modeling dan umpan balik visual.

Beberapa penulis memperhatikan bahwa mereka yang mengalami gangguan visual tertinggal dalam perolehan informasi seksual yang akurat, karena informasi tentang seks biasanya diperoleh melalui organ penglihatan.

### **Pertimbangan Khusus dalam Pendidikan Prasekolah**

Anak yang bergangguan penglihatan mengalami kesulitan untuk melakukan eksplorasi benda apa yang ada di sekitar mereka. Hal ini membawa konsekuensi serius dalam perkembangan kognitif, sehingga mereka mengalami penundaan perkembangan kognitif selama kira-kira 18 bulan.

Anak buta sering juga lambat dalam menggapai sumber suara. Mereka tidak menggapai benda yang mereka dengar sampai akhir tahun pertama, sementara anak yang melihat sudah melakukannya pada usia 6 bulan. Keterlambatan ini dispekulasi yang menyebabkan kelambatan mereka untuk merangkak, karena mereka tidak mengejar apa yang ada di sekitar.

Orang tua mengalami kesulitan untuk menerima anaknya yang buta, sehingga mereka kurang fokus untuk mengasuh anaknya yang buta. Oleh karena itu, perlu ditekankan kelekatan emosi yang kuat dengan anak. Tanpa ikatan emosi yang kuat, anak yang buta akan sulit untuk mengembangkan kognisi. Hal ini bisa dimulai dengan pelatihan bahasa, kognisi dan mobilitas. Salah satu hal yang juga penting adalah pengembangan fungsi motorik. Hal ini bisa dilakukan dengan pelatihan gerakan yang terstruktur.

### **Pertimbangan Khusus dalam Pendidikan Remaja dan Dewasa**

#### **Kemandirian**

Ada beberapa saran untuk mengurangi ketergantungan orang buta:

- Menghargai dan mendorong individualitas, kemampuan dan kemandirian

Orang buta kadang tidak perlu dibantu, maka bertanya 'apakah perlu dibantu' lebih baik dari pada langsung memberi bantuan. Jangan merasa malu atau bantuan ditolak.

- Mengajak bicara

Perkenalkan diri sebelum mengajak berbicara atau menawarkan bantuan dan memberi tahu bila akan meninggalkan mereka.

- Mengetahui teknik membimbing

Membiarkan orang buta memegang lengan dan berjalan sedikit di belakang dan berjalan dengan kecepatan normal. Sedikit mendahului dan memberi tahu ke arah mana pintu terbuka atau bila ada halangan di jalan.

- Serba neka

Memberi orientasi ke arah mana ruangan yang mereka tuju atau memberi tahu perlengkapan yang akan mereka pergunakan.

### **Pekerjaan**

Sekolah perlu berperan aktif dalam menolong siswa yang buta untuk mengembangkan karir yang sesuai dengan keadaan mereka. Meskipun penekanan terkuat pada hal ini terutama di sekolah menengah, tetapi persiapannya perlu dilakukan sejak sekolah dasar. Pelatihan pekerjaan akan lebih berhasil bila dilakukan di tempat kerja dari pada menggunakan simulasi, karena komunitas kerja juga akan memberi keuntungan tersendiri.

## **KELAINAN KROMOSOM**

Disusun oleh Dr. Endang Widyorini, MS. Psi

Kromosom adalah untaian material genetik yang terdapat didalam setiap sel makhluk hidup. Setiap sel yang normal mempunyai 46 kromosom yang terdiri dari 22 pasang kromosom non-sex (kromosom 1s/d kromosom 22) dan 1 pasang kromosom sex (kromosom X dan Y) yang menentukan jenis kelamin.

Kromosom juga berfungsi untuk membawa informasi genetik yang sangat menentukan proses pertumbuhan dan perkembangan janin dan juga fungsi tubuh untuk kehidupan sehari-hari. Proses pertumbuhan ini meliputi pembentukan protein-protein tubuh, sehingga kelainan genetik atau struktur dan jumlah kromosom akan sangat mempengaruhi pembentukan protein-protein tubuh dan dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan janin atau bayi yang tidak normal.

Setiap orang mendapatkan 1 dari tiap pasangan kromosom dari ayahnya dan 1 dari ibunya, dengan kata lain setiap orang mendapatkan 23 kromosom dari ayah (dibawa oleh sperma) dan 23 kromosom dari ibunya (dibawa oleh sel telur), yang kemudian total menjadi 46 kromosom (23 pasang) setelah pembuahan.

Ada 2 jenis kelainan kromosom, yaitu:

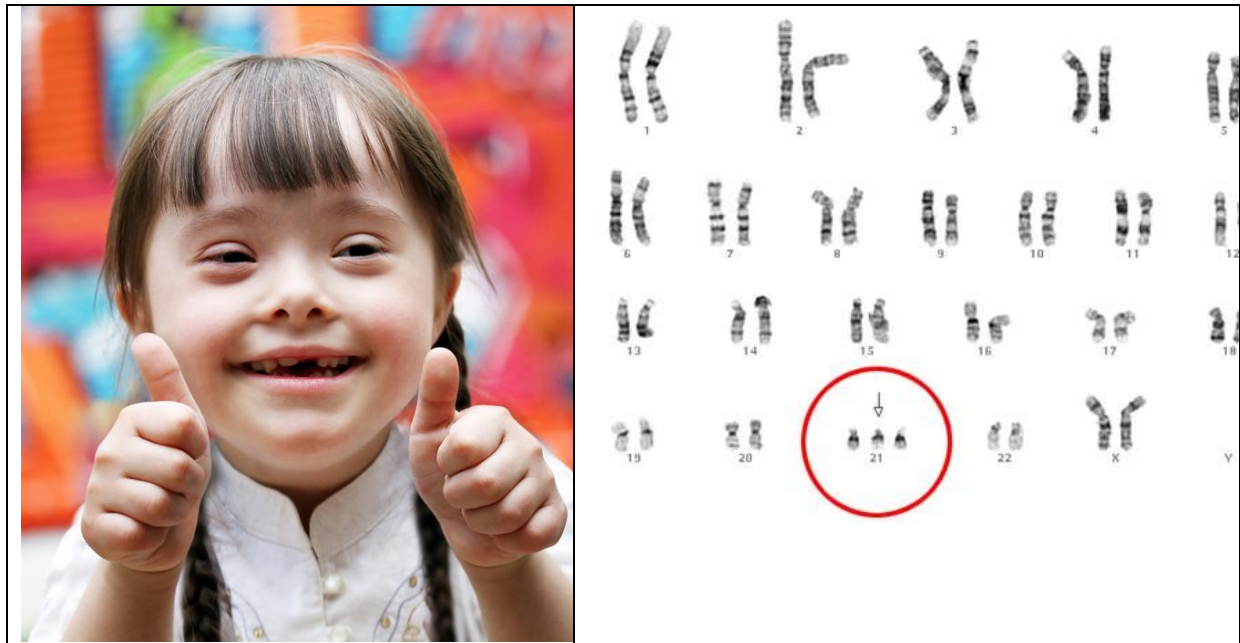
- 1) Kelainan pada jumlah kromosom, dimana terdapat jumlah kromosom yang berlebihan (disebut dengan trisomi), seperti adanya kromosom yang berjumlah 3 untai (seharusnya hanya 2 untai atau sepasang) atau jumlah kromosom yang berkurang (disebut dengan monosomi), yaitu ada kromosom yang jumlahnya hanya 1 untai.
- 2) Kelainan pada struktur kromosom, diantaranya adalah delesi pada kromosom yang menyebabkan kromosom lebih pendek dari kromosom normal, insersi pada kromosom yang menyebabkan kromosom lebih panjang dari normal dan berpindahnya bagian satu kromosom ke bagian kromosom yang lain atau yang disebut dengan translokasi.

### **Down Syndrom (Trinomy 21)**

suatu kelainan genetik yang menyerang kromosom nomor 21. Kromosom manusia mempunyai 46 buah atau 23 pasang kromosom. Untuk anak yang terkena Down Syndrom, kromosom nomor 21 miliknya tidak terbelah menjadi dua (diploid) seperti orang kebanyakan, melainkan kromosom tersebut akan membelah sebanyak tiga (triploid) hingga jumlah kromosom yang dimilikinya menjadi 47 kromosom atau tidak berkembang jadi jumlah 45.

Ciri-ciri yang pada anak yang mengalami down syndrome dapat bervariasi, mulai dari yang tidak nampak sama sekali, tampak minimal, hingga muncul tanda yang khas. Tanda yang paling khas pada anak yang mengalami down syndrome adalah adanya keterbelakangan perkembangan mental dan fisik. Penderita syndrome down biasanya mempunyai tubuh pendek dan puntung, lengan atau kaki kadang-kadang bengkok, kepala lebar, wajah membulat, mulut selalu terbuka, ujung lidah besar,

hidung lebar dan datar, kedua lubang hidung terpisah lebar, jarak lebar antar kedua mata, kelopak mata mempunyai lipatan epikantus, sehingga mirip dengan orang oriental, iris mata kadang-kadang berbintik, yang disebut bintik “Brushfield”.



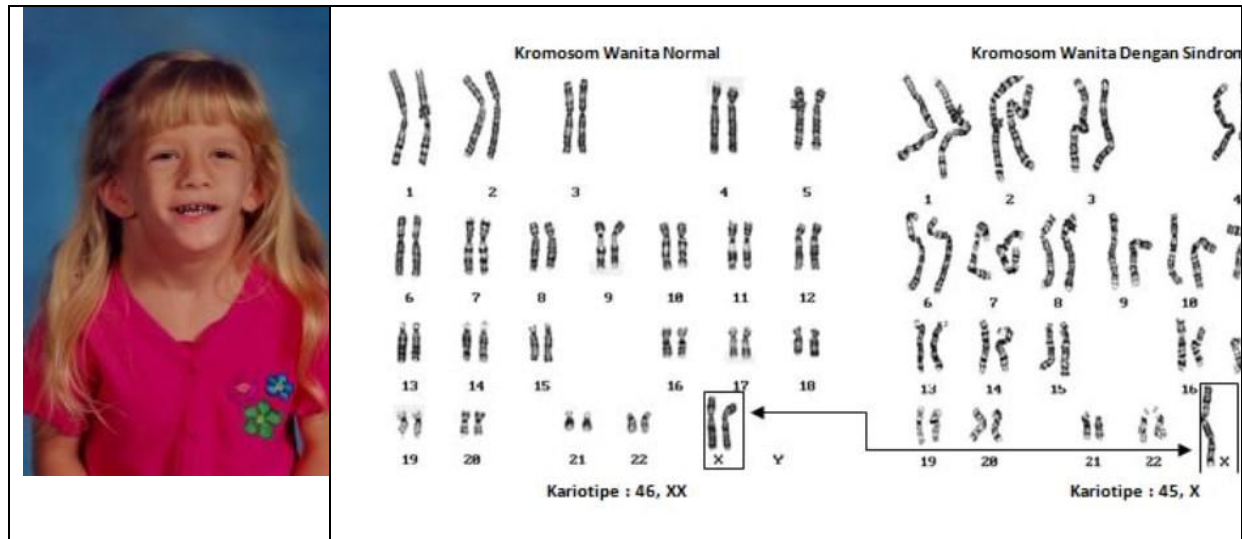
Berdasarkan tanda-tanda yang mencolok itu, biasanya dengan mudah kita dapat mengenalnya pada pandangan pertama. Tangan dan kaki kelihatan lebar dan tumpul, telapak tangan kerap kali memiliki garis tangan yang khas abnormal, yaitu hanya mempunyai sebuah garis mendatar saja. Ibu jari kaki dan jari kedua adakalanya tidak rapat. Mata, hidung, dan mulut biasanya tampak kotor serta gigi rusak. Hal ini disebabkan karena ia tidak sadar untuk menjaga kebersihan dirinya sendiri (Suryo, 2001).

Itulah sekilas penjelasan mengenai terjadi Down Syndrome. Nah, Down Syndrome itu hanya menyerang

### Turner Syndrome

Turner Syndrome adalah syndrome dengan kariotipe (22AA + X0). Jumlah kromosom 45 dan kehilangan satu kromosom seks pada kromosom. Turner Syndrome rata-rata menyerang wanita, ciri penderita Turner Syndrome ini apabila wanita ovumnya tak akan berkembang (disgenesis ovaricular). Kelainan genetis ini cenderung memiliki ciri-ciri fisik tertentu seperti bertubuh pendek, kehilangan lipatan kulit disekitar leher, pembengkakan pada tangan dan kaki, wajah seperti anak kecil, dan dada berukuran kecil. Beberapa penyakit lebih cenderung menyerang penderita sindrom ini seperti penyakit

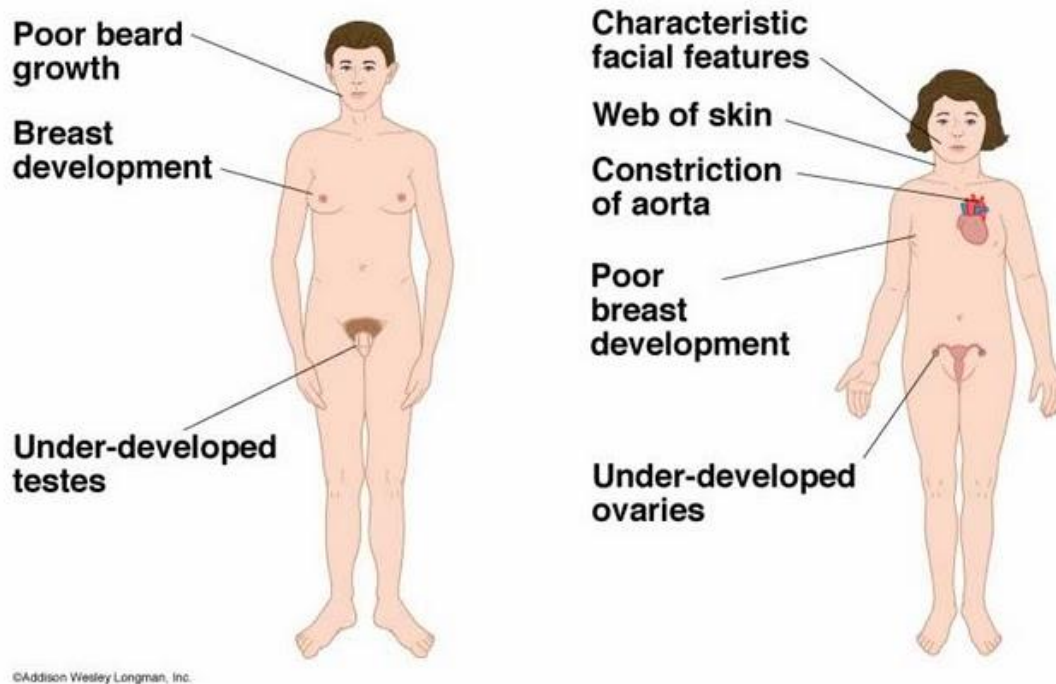
kardiovaskular (jantung), penyakit ginjal, dan tiroid. Kelainan tulang seperti skoliosis dan osteoporosis, dan obesitas serta gangguan pendengaran dan penglihatan.



Penderita sindrom ini memiliki kemungkinan lebih besar untuk menderita keterbelakangan intelektual karena memiliki kesulitan untuk menghafal, mempelajari matematika, serta kemampuan visual dan pemahaman ruangnya lebih rendah. Selain itu, akibat perbedaan fisik dengan wanita normal membuat penderita ini cenderung sulit bersosialisasi.

### Klinefelter Syndrome

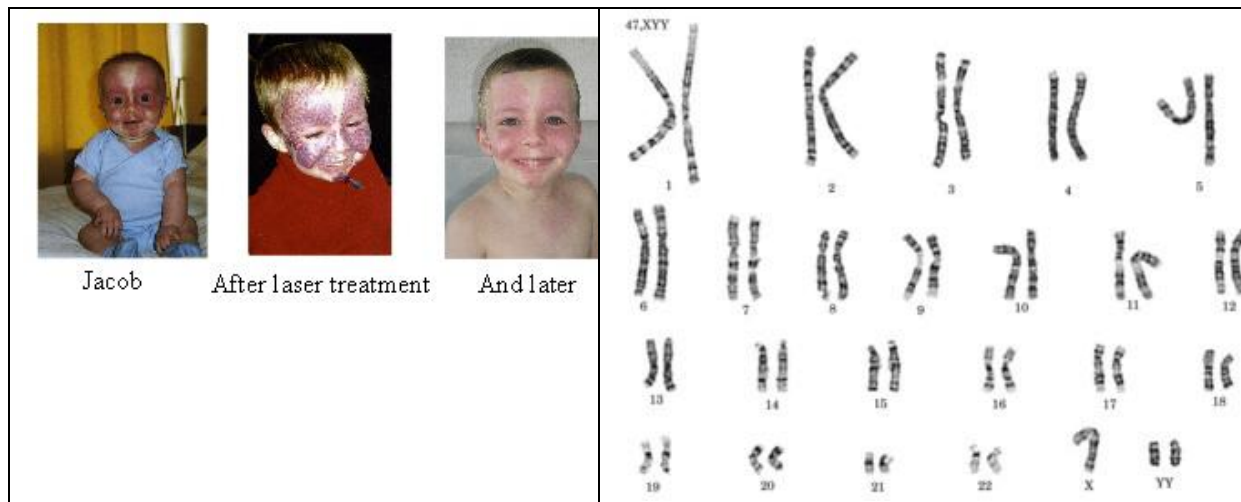
Syndrom ini adalah syndrome dengan kariotipe (22 AA + XXY), telah trisomik pada gonosom kromosom nomor 23 dan 24. Ciri-ciri penderita syndrome ini adalah perkembangan seksual yang abnormal seperti testis kecil dan aspermatogenesis (kegagalan dalam memproduksi sperma). Testis kecil disebabkan oleh sel germinal dan sel selitan gagal berkembang dengan normal. Sel selitan adalah sel yang diantara sel gonad dan dapat menentukan hormon seks pria. Selain itu penderita syndrome ini juga mengalami defisiensi atau kekurangan hormon androgen, badan tinggi, peningkatan level gonadotropin, danginekomastia. Penderita akan mengalami gangguan koordinasi gerak badan, seperti kesulitan mengatur keseimbangan badan, melompat, dan gerakan motorik tubuh melambat. Jika dilihat dari ciri-ciri fisik, penderita memiliki otot yang kecil namun mengalami perpanjangan kaki dan tangan.



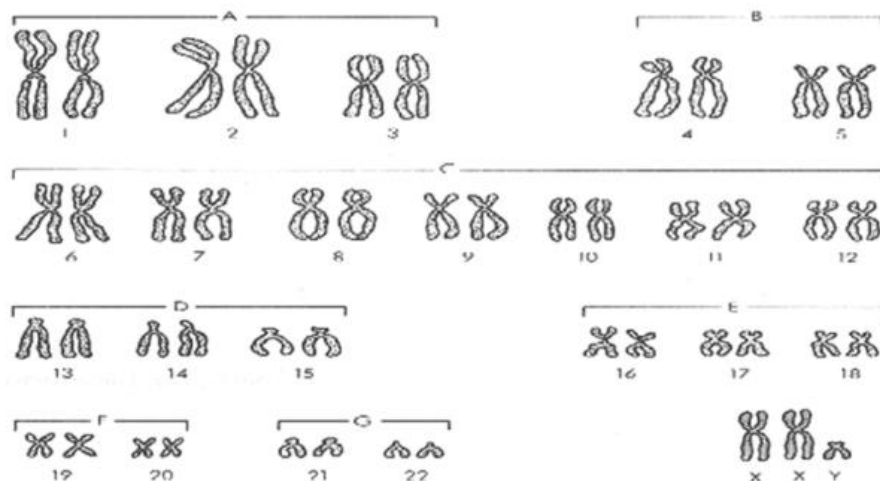
### Jacob Syndrome

Jacob Syndrome adalah syndrome dengan kariotipe (22AA + XYY), mengalami kelainan pada kromosom no.13 berupa trisomik. Ketika lahir, bayi biasanya akan tampak normal, lahir dengan panjang dan berat badan yang normal, dan organ seksual normal. Namun ketika masa-masa kanak, penderita memiliki pertumbuhan yang pesat, rata-rata mereka memiliki tinggi 7 cm diatas normal, postur tubuh normal namun berat badannya relatif rendah jika dibandingkan dengan tinggi badannya. Pada masa kanak-kanak, mereka lebih aktif dan cenderung penundaan kematangan mental, meskipun fisiknya berkembang normal dan tingkat kecerdasannya berada dalam kisaran normal. Perkembangannya normal, dimana organ seksual dan ciri seksual sekundernya berjalan normal juga pubertas terjadi tepat waktunya. Dan pria XYY ini tidak mandul, mereka memiliki testis yang berkembang normal dengan gairah seksual yang normal.





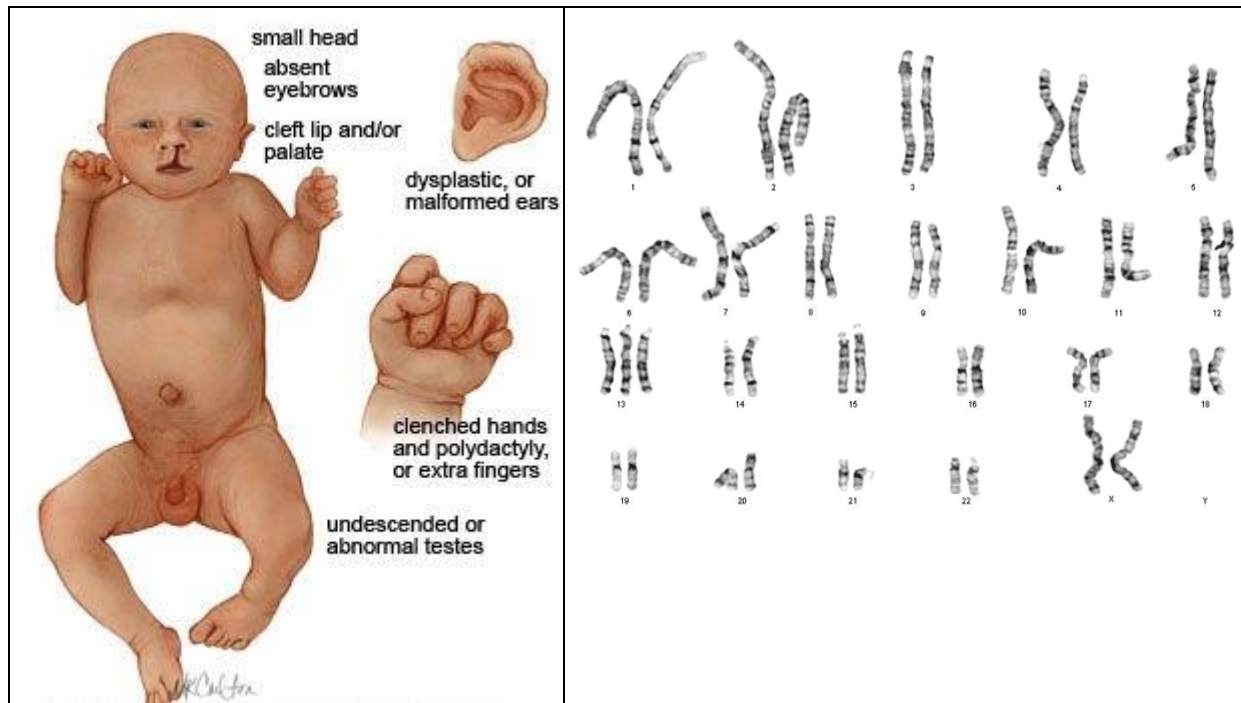
Namun penderita syndrome ini umumnya memiliki wajah banyakwat seperti jerawat. Sering berbuat krimina/agresivitasl. Anak laki-laki XYY ini jauh lebih aktif jika dibandingkan saudaranya. Jika aktivitasnya ditanggapi dan disalurkan dengan baik, maka tak akan terjadi masalah. Penderita ini mengalami kelambatan dalam perkembangan kematangan emosi dan cenderung mengalami kesulitan belajar, sehingga perlu dirangsang secara dini dan kuat.



### Patau Syndrome (trisomy 13)

Patau Syndrome adalah Syndrome dengan kariotipe (45A + XX / XY), trisomik pada kromosom autosom. Kelainan kromosom pada kromosom 13, nomor 14, atau 15. Nama lain dari kelaianan janin ini adalah trisomi 13. Hal ini karena terjadi kelainan pada kromosom ke13 dari penderita tersebut, yaitu

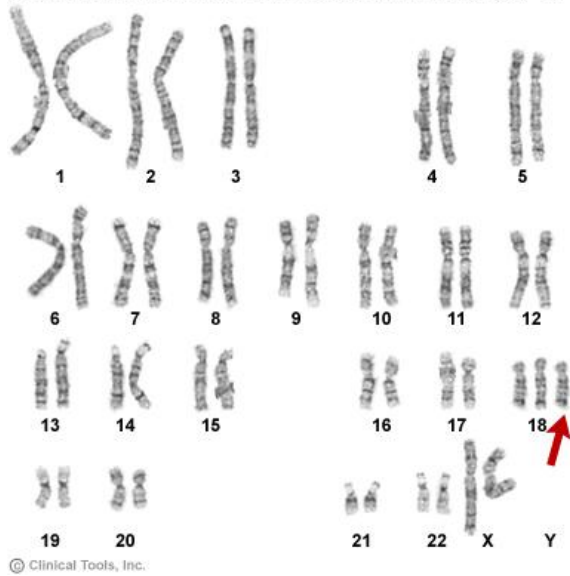
memiliki tiga untai kromosom 13. Ciri dari kelainan ini adalah bibirnya sumbing, gangguan berat pada perkembangan otak, jantung, ginjal, tangan dan kaki. Jika gejalanya sangat berat maka bayi akan mati beberapa saat setelah kelahiran.



### Edward Syndrome (trisomy 18)

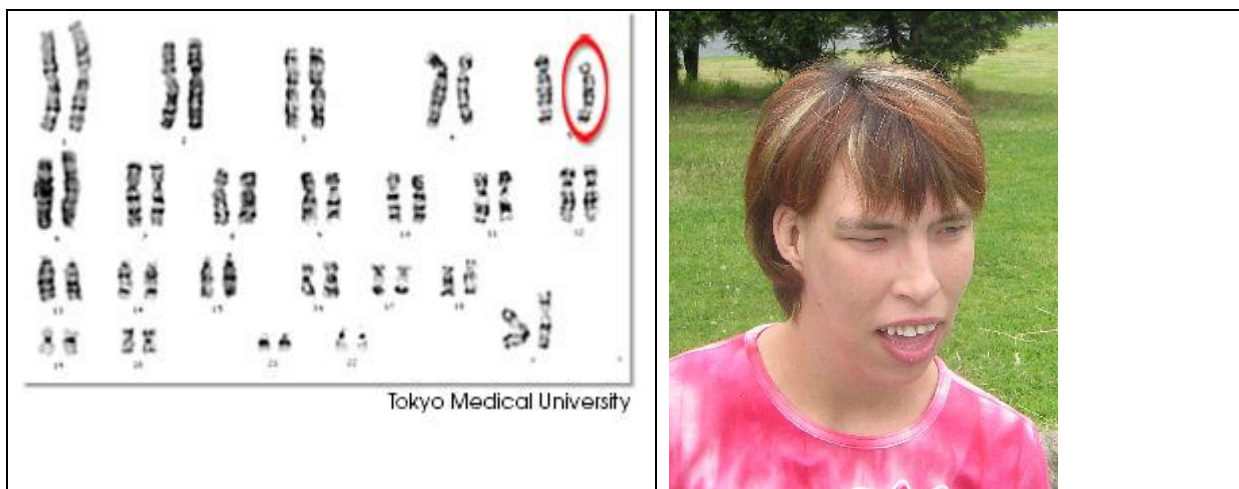
Syndrome dengan kariotipe (45A + XX / XY), trisomik pada autosom. Autosomal kelainan pada kromosom nomor 16,17, atau 18. Ciri-ciri penderita ini adalah kepala berukuran kecil (mikrosefali) dengan bagian belakang menonjol dari kepala, telinga cacat, abnormal rahang kecil, sempitnya kelopak mata (fisura palpebra), luasnya spasi mata (hypertelorism okular), melorot dari atas kelopak mata (ptosis). Salah satu tulang dada pendek, tangan terkepal, jempol terbelakang atau kuku jari tidak ada.

Karyotype From a Female With Edwards Syndrome (47,XX,+18)



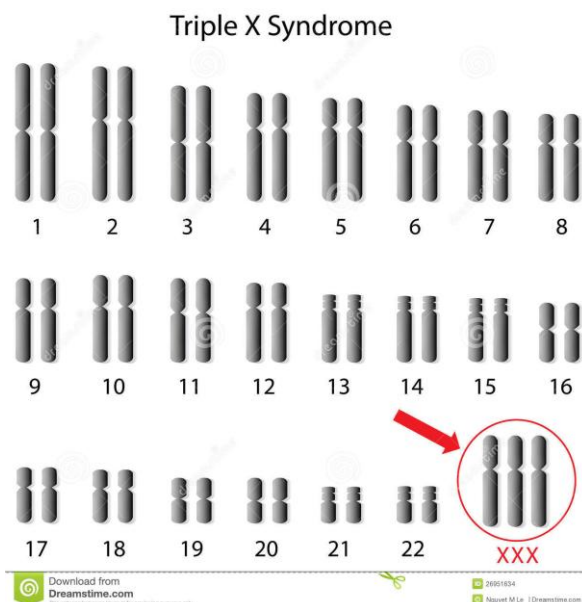
## Cri du Chat Syndrome

Sindrom Cri du Chat atau Sindrom Lejeune, adalah suatu kelainan genetik akibat adanya delesi (hilangnya sedikit bagian) pada lengan pendek kromosom nomor 5 manusia. Manusia yang lahir dengan sindrom ini akan mengalami keterbelakangan mental dengan ciri khas suara tangis yang menyerupai tangisan kucing. Individu dengan sindrom ini biasanya meninggal ketika masih bayi atau anak-anak. Mereka lahir dengan berat badan dibawah normal. Selama masa pertumbuhan pun, tubuh penderita kecil dengan tinggi badan di bawah rata-rata. 98% penderita memiliki otak yang kecil (mikrocephal) sehingga bentuk kepala juga kecil saat lahir. Ciri fisik lain meliputi bentuk wajah bulat dengan pipi besar, jari-jari yang pendek, dan bentuk kuping yang rendah letaknya.



## Super Female Syndrome

Sindrom Triple-X adalah satu jenis variasi kromosom disebabkan oleh perwujudan 3 kromosom X (trisomi) dalam gamet. Penderita mempunyai fenotip perempuan. Sindrom Triple-X terjadi akibat abnormalitas pembelahan kromosom menjadi gamet semasa meiosis. Kariotip penderita sindrom Triple-X mempunyai 47 kromosom. Individu ini jelas mempunyai fenotip perempuan, tetapi pada umur 22 ia mempunyai alat kelamin luar seperti kepunyaan bayi. Alat kelamin dalam dan payudara tidak berkembang dan ia sedikit mendapat gangguan mental. Menstruasi sangat tidak teratur. Penelitian Jacobs pada seorang pasien perempuan berusia 37 tahun menyatakan adanya menstruasi yang sangat tak teratur, ovarium dalam keadaan seperti menopause, pemeriksaan mikroskopis dari ovarium menunjukkan kelainan pada pembentukan folikel ovarium dan dari 63 sel yang diperiksa maka 51 sel memiliki 47 kromosom, sedang kromosom tambahannya ialah kromosom-X. Umumnya penderita lebih tinggi dari perempuan umumnya tetapi berat badan penderita tersebut tidak sebanding dengan tingginya.



## Stickler Syndrome

Syndrom Stickler adalah sekelompok kelainan genetik yang mempengaruhi jaringan ikat, khususnya kolagen. Orang dengan sindrom ini memiliki masalah yang mempengaruhi hal-hal lain selain mata dan telinga. Arthritis, kelainan untuk ujung tulang panjang, kelainan tulang belakang, kelengkungan tulang belakang, scoliosis, nyeri sendi, dan jointedness ganda semua masalah yang dapat terjadi di tulang dan sendi.

Karakteristik fisik orang dengan Stickler dapat mencakup pipi datar, jembatan hidung datar, rahang atas kecil, alur diucapkan bibir atas, rahang bawah kecil, dan kelainan langit-langit, ini cenderung

untuk mengurangi dengan usia dan pertumbuhan normal dan kelainan langit-langit bisa diobati dengan operasi rutin.



ACA Syndrome (Hughes Syndrome)

Penyakit darah kental atau ACA Syndrome atau sering juga dikenal dengan Hughes Syndrome sesuai dengan nama penemunya, merupakan sebuah penyakit autoimun dimana tubuh memproduksi antibodi yang menyerang bagian tubuh sendiri. ACA Syndrome sendiri merupakan indikasi dari APS (antibody antiphospholipid syndrome) yaitu Ciri-ciri penderita Syndrome ini adalah pusing yang berlebihan, Migrain yang berulang, vertigo, biru-biru pada kulit dan ujung jari, penurunan daya ingat, tuli sesaat. Pada ibu hamil, terjadi mual dan pusing yang berlebihan, dan gejala ekstrimnya adalah mengalami keguguran berulang.

kekurangan cairan dalam darah yang menyebabkan mudahnya terjadi perlekatan antar trombosit yang menyebabkan darah membeku (thrombosis). Angka ACA sering dipakai untuk mengindikasikan adanya sindrom ini ketika dilakukan pemeriksaan serologi darah. Seseorang dikatakan terkena ACA positif pada saat nilai ACA > 20 MPL.

# **BAB III**

## **Berhubungan dengan Kognitif**

## INTELEKTUAL DISABILITY

Disusun oleh : Lita Widyo Hastuti, S.Psi, M.Si

Setiap anak yang lahir tentu diharapkan oleh orangtuanya tumbuh menjadi anak yang sehat fisik maupun mental. Di dalam realitas sehari-hari sering dijumpai anak yang mengalami hambatan dalam tumbuh-kembangnya, termasuk di antaranya anak yang memiliki kemampuan berpikir jauh di bawah anak seusianya atau secara intelektual mengalami hambatan.

Anak yang mengalami ketidakmampuan intelektual (*Intellectual Disability*) sebenarnya bisa ditandai dengan gejala-gejala umum, seperti di bawah ini ([www.webmd.com/children/intellectual-disability-mental-retardation](http://www.webmd.com/children/intellectual-disability-mental-retardation), 2014):

- a. Berguling , duduk , merangkak, atau berjalan terlambat
- b. Terlambat bicara atau mengalami masalah bicara
- c. Lambat untuk menguasai ketrampilan mengurus diri sendiri (misal : *toilet training*, berpakaian , makan)
- d. Kesulitan mengingat
- e. Ketidakmampuan untuk menghubungkan tindakan dengan konsekuensi
- f. Masalah perilaku seperti *temper tantrum*
- g. Kesulitan dalam pemecahan masalah atau berpikir logis

*Intellectual disability* dialami oleh banyak anak di seluruh belahan dunia. Kondisi mental ini cukup dikenal dengan istilah : *mentally retarded* atau *mental retardation*. *American Association of Mental Retardation* (AAMR) mendefinisikan gangguan ini sebagai keterbatasan intelektual yang berpengaruh menghambat individu dalam menghadapi kehidupan sehari-hari dan muncul sebelum usia 18 tahun (AAMR, 1992). Definisi yang tidak jauh berbeda disampaikan oleh *American Psychiatric Association* (APA), yang menjelaskan bahwa retardasi mental merupakan keadaan dimana individu secara signifikan mempunyai kemampuan intelektual di bawah rata-rata, dan selanjutnya berpengaruh pada fungsi adaptif (*adaptive functioning*). Lebih lanjut dijelaskan bahwa ada tiga syarat pokok yang harus dipenuhi untuk dapat ditegakkannya diagnosis, yaitu : kemampuan inteligensi di bawah rata-rata (skor IQ kurang dari 70), keterbatasan fungsi adaptif, dan kondisi itu muncul sebelum usia 18 tahun (APA, 1994). Sumber lain yang membahas tentang hal ini adalah Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) edisi III. Ketidakmampuan intelektual pada sumber ini diistilahkan pula sebagai retardasi mental, yang selanjutnya dijelaskan sebagai perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, ditandai adanya hambatan ketrampilan selama masa perkembangan sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, termasuk perkembangan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Depkes RI, 1998).

Keterbatasan fungsi mental pada anak dengan *intellectual disability* mengakibatkan mereka menghadapi masalah dalam menyerap dan memahami sesuatu apabila dibandingkan dengan anak lain sebayanya. Anak-anak ini juga membutuhkan waktu lebih lama untuk menguasai berbagai jenis ketrampilan pada masa tumbuh-kembangnya, seperti berjalan, berbicara, makan, berpakaian, dan lain sebagainya. Demikian pula halnya pada saat mereka dihadapkan pada tuntutan akademik di sekolah, hambatan pun muncul.



## ***Intellectual Developmental Disorder***

Referensi terbaru mengenai intellectual disability bersumber dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V)*. Menurut buku ini *intellectual disability (Intellectual Developmental Disorder* -- selanjutnya dapat disingkat menjadi IDD) merupakan gangguan yang muncul selama periode perkembangan, meliputi fungsi adaptif dan intelektual dalam ranah konsep, sosial dan praktis.

### **Kriteria Diagnostik**

Ada tiga kriteria yang harus ditemukan pada individu untuk dapat ditegakkan diagnosis ini :

- A. Kurangnya fungsi intelektual seperti : *reasoning, problem-solving, planning, abstract thinking, judgment, academic learning, learning from experience, practical understanding* yang dikonfirmasi oleh asesmen klinis dan individual dengan tes inteligensi yang terstandar (kriteria ini merujuk pada perlunya tes inteligensi terstandar dengan batas *measurement error*  $\pm$  5 point (skor IQ kurang dari 65-75).
- B. Kurangnya fungsi adaptif yang berdampak pada standar perkembangan dan sosiokultural untuk kemandirian dan tanggung jawab sosial. Kurangnya fungsi adaptif membatasi aktivitas : komunikasi, partisipasi sosial, hidup mandiri dan menghadapi lingkungan yang bervariasi : rumah, sekolah, tempat kerja, rekreasi .  
(Pengukuran fungsi adaptif dapat dilakukan bersama dengan informan yg memang memahami (orangtua/anggota keluarga, guru, konselor, terapis)
- C. Onset kurangnya kemampuan adaptif dan intelektual adalah selama periode perkembangan

### **Kategorisasi**

*Intellectual Developmental Disorder* digolongkan menjadi beberapa kategori :

*Mild* (ringan)

- a) *Moderate* (sedang)
- b) *Severe* (berat)
- c) *Profound* (berat sekali)

Kategorisasi IDD pada DSM V bukan lagi berdasarkan pada klasifikasi skor IQ seperti pada DSM IV, melainkan pada fungsi adaptif yang mengarahkan pada level mana bantuan dibutuhkan. Untuk

#### **Konseptual**

Kemampuan bahasa, kemampuan membaca, menulis dan berhitung, penalaran, pengetahuan, *memory*, serta *problem solving*.

#### **Sosial**

Kesadaran terhadap keberadaan orang lain, empati, komunikasi interpersonal, kemampuan berteman, *social judgement*, serta *self-regulation*.

#### Praktis

*Self-management* dalam berbagai setting, tanggung jawab personal, manajemen uang, rekreasi, manajemen perilaku, serta bagaimana individu mengatur tugas sekolah/kerja.

Sebagai tambahan, perbandingan antara DSM IV dengan DSM V mengenai *intellectual disability* dapat dilihat sebagai berikut :

Aspek	DSM IV	DSM V
Istilah diagnosis	<i>Mental Retardation</i>	<i>Intellectual                  Developmental Disorder</i>
Onset	<i>Sebelum 18 th</i>	<i>Selama periode perkembangan</i>
Kategorisasi level	<i>Berdasarkan tingkat IQ</i>	<i>Berdasarkan perilaku adaptif</i>

#### Faktor Penyebab

Faktor penyebab dari *intellectual disability* dapat terjadi pada fase pranatal, perinatal dan postnatal.

Pada fase pranatal, kelainan kromosom/genetik menjadi salah satu kemungkinan. Sebagai informasi, *Down's Syndrome* merupakan 10-32% dari individu *intellectual disability*, contoh lain adalah *Fragile-X syndrome*. Selain itu kemungkinan lain adalah defisiensi yodium, infeksi tertentu pada ibu hamil (seperti : *rubella*, *cytomegalovirus*), pre-eklampsia, malnutrisi ibu hamil, dan intoksikasi misalnya alkohol dan narkoba.

Pada fase perinatal, penyebab yang sering muncul adalah prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), serta kekurangan oksigen saat persalinan. Sedangkan penyebab postnatal biasanya adalah infeksi, khususnya infeksi otak, trauma, malnutrisi, intoksikasi, serta kejang.

## Daftar Pustaka

American Association of Mental Retardation, 1992, *Mental Retardation : Definition, classification, and systems of supports*, Ninth edition, Washington.

American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition, Washington.

American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington.

Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1998, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa*, Maslim, R. (editor).

Sularyo, TS dan Kadim, M, 2000, Retardasi Mental, *Sari Pediatri*, Vol. 2, No. 3, Desember 2000

([www.webmd.com/children/intellectual-disability-mental-retardation](http://www.webmd.com/children/intellectual-disability-mental-retardation), 2014):

# ANAK CERDAS ISTIMEWA (GIFTED)

Disusun oleh Dr. Endang Widyorini, MS. Psi

## 1. Pengertian Cerdas Istimewa

Dalam bahasa Indonesia istilah berbakat mewakili arti kata '*gifted*' dan '*talented*', hal ini menurut Munandar (1985) berdasarkan pertimbangan bahwa "*giftedness*" meliputi macam-macam dimensi atau bidang kemampuan atau ketrampilan, sedang "*intellectual giftedness*" hanya merupakan salah satu bentuk keberbakatan, karena itu sebaiknya digunakan istilah "anak cerdas istimewa" untuk "*gifted* dan "*talented*". Munandar memberikan definisi, seorang anak dikatakan berbakat bila anak memiliki kemampuan-kemampuan unggul yang mampu memberi prestasi tinggi. Di antara istilah mengenai kemampuan tinggi terdapat istilah jenius atau "*genius*" sering rancu dengan keberbakatan. Istilah ini tidak sama dengan kedua istilah yang telah kita terangkan di atas, jenius mempunyai arti bahwa suatu keberbakatan yang telah memproduksi suatu karya yang istimewa, melahirkan suatu konsep baru, misalnya di bidang seni, sastra, ilmiah atau profesi lain

Ada definisi dari ahli yang berpandangan multidimensional, mula-mula dikemukakan oleh United States Office of Education bahwa anak cerdas istimewa adalah anak yang diidentifikasi oleh orang dengan kualifikasi profesional, sebagai anak yang mempunyai kemampuan menonjol, mampu menunjukkan prestasi yang tinggi. Anak-anak ini membutuhkan program pendidikan yang khusus dan atau pelayanan di luar jangkauan program sekolah reguler agar dapat mewujudkan kontribusi bagi diri sendiri maupun bagi masyarakat. Anak-anak yang mampu berprestasi tinggi ini meliputi mereka yang telah mampu menunjukkan prestasinya dan atau berupa potensi kemampuan pada beberapa bidang seperti: 1) kemampuan inteligensi umum; 2) kemampuan akademik khusus (*specific academic aptitude*); 3) berpikir produktif atau kreatif; 4) kemampuan kepemimpinan; 4) kemampuan di bidang seni; 5) kemampuan psikomotorik.

Renzulli (1987) mengemukakan konsep tentang keberbakatan yang berorientasikan pada prestasi, ia menciptakan *Model Tiga Komponen* atau *Three-Ring Concept* mengenai anak cerdas istimewa, yaitu kemampuan di atas rata-rata, kreativitas dan komitmen pada tugas.

Definisi berbakat yang hampir serupa dikembangkan oleh Mönks. Ia mengkaji model yang dikemukakan oleh Renzulli, yaitu dengan memperhatikan interaktif alamiah perkembangan manusia dan proses dinamika perkembangannya, Mönks (1992) memodifikasi *Three-Ring Concept* menjadi model Triadis atau *Triadic Interdependence Model*, yaitu kemampuan intelektual, kreativitas, dan motivasi yang tinggi, serta adanya dukungan dari faktor lingkungan sosial

Renzulli yang menciptakan *Model Tiga Komponen* atau *Three-Ring Concept*, memberikan tiga komponen sebagai kriteria keberbakatan yaitu kemampuan intelektual di atas rata-rata, kreativitas dan komitmen pada tugas. Ia tidak menyebutkan inteligensi yang superior sebagai suatu hal yang esensial, tetapi cukup pada taraf inteligensi di atas rata-rata. Kemampuan inteligensi yang berada pada taraf di atas rata-rata tersebut bila didukung dengan kreativitas atau cara berpikir yang divergen dan *task commitment* yang tinggi akan memunculkan suatu keberbakatan pada individu. Jadi nampak bahwa Renzulli memberikan tekanan pada '*behavioral*' sebagai indikator keberbakatan dalam aktivitas proyek kreatif dan ia kurang memberikan 'status' indikator, seperti status yang diperoleh dari skor tes inteligensi, dalam ia mendefinisikan keberbakatan.

Inteligensi meskipun bukan lagi merupakan satu-satunya komponen dalam keberbakatan, masih merupakan komponen yang utama, terutama dalam mengidentifikasi bakat intelektual (*intellectual giftedness*). Wechsler (dalam Burns, 1990) memberikan klasifikasi dengan skor 130 ke atas. Feldhusen juga memberikan batasan skor IQ dalam mengidentifikasi bakat sekitar 125 atau 130, sedangkan Renzulli (1978) memberikan skor IQ di atas rata-rata sebagai batasan untuk mengidentifikasi keberbakatan. Beberapa ahli mendefinisikan keberbakatan intelektual adalah apabila skor tes inteligensi yang dicapai dua deviasi standar atau lebih di atas rerata. Namun pada beberapa ahli yang lain dalam mendefinisikan kurang memberikan batas

yang spesifik, dan lebih setuju menggunakan skor pada puncak rentang (sekitar 2% sampai 10%, atau dua deviasi standar atau lebih) pada pengukuran kemampuan umum (Fox, 1981).

Kreativitas adalah komponen yang sering ditetapkan sebagai kriteria keberbakatan, karena inteligensi yang tinggi belum mampu mengidentifikasi suatu keberbakatan, bila tidak disertai dengan kreativitas, menurut Renzulli kemampuan inteligensi yang tinggi saja tidak akan menghasilkan suatu karya yang berkualitas, karena kreativitas berarti ada kapasitas berpikir yang *fluency* atau kelancaran ide, fleksibel, dan original. Seorang pakar kreativitas Torrance mengemukakan hasil penelitiannya, bahwa siswa yang memiliki IQ pada rentang 115-130 yang telah diidentifikasi sebagai *creatively gifted students* (siswa berbakat kreatif) menunjukkan prestasi yang tinggi dan memiliki prestasi yang sama dengan teman sekelasnya yang memiliki IQ 130 atau lebih dan mempunyai kreativitas tinggi.

### Ciri-ciri Individu Berbakat

Ada beberapa ciri anak-anak cerdas istimewa yang umum, antara lain menunjukkan perilaku, seperti :

- (a) Mampu membaca sebelum masuk sekolah
- (b) Perkembangan bahasa lebih bagus, perbendaharaan kata lebih banyak
- (c) Mudah mempelajari banyak hal
- (d) Sering mencari tahu tentang 'bagaimana' dan 'mengapa'
- (e) Sejak kecil mampu bekerja secara mandiri dan konsentrasi dengan waktu yang lebih panjang
- (f) Mempunyai minat yang luas, bervariasi, dan mendalam
- (g) Berhubungan baik dengan orangtua, guru, dan orang dewasa lain
- (h) Suka bergabung dengan anak-anak yang usianya lebih tua.
- (i) Suka mempelajari hal yang baru
- (j) Mengerjakan sesuatu dengan terencana, bertujuan, dan efektif.

Dari hasil penelitian-penelitian yang telah diuraikan di atas dapat diambil suatu pengertian bahwa ciri-ciri individu berbakat relatif sama yang semuanya berhubungan atau merupakan konsekuensi dari kemampuan intelektual dan kreativitas yang tinggi. Ciri-ciri secara garis besar dapat dikategorikan sebagai ciri-ciri yang bersifat kognitif dan afektif. Tidak semua individu berbakat memiliki semua ciri-ciri di atas, dan timbulnya ciri-ciri tersebut juga tidak sama baik waktu kemunculannya, juga intensitasnya.

anak cerdas istimewa membutuhkan stimulasi dan kurikulum yang sesuai dengan kemampuannya, seperti misalnya karena kreativitas yang tinggi, anak cerdas istimewa tidak menyukai dan mudah merasa bosan dengan hal-hal yang bersifat rutin, motivasi yang tinggi menyebabkan anak kurang sabar, kurang tenggang rasa, serta rasa sensitifnya menyebabkan anak mudah tersinggung terhadap kritik dari orang lain, peka terhadap dirinya sendiri dan sebagainya.

Kebutuhan-kebutuhan yang kuat	Problem yang mungkin Timbul
Mendapatkan informasi secepatnya	Tidak sabar pada orang lain, tidak suka rutinitas
<i>Inquisitive</i>	Banyak bertanya, mempunyai minat yang luas
Motivasi intrinsik	Kemauan sangat tinggi
Mencari hubungan sebab akibat	Tidak dapat menerima hal-hal yang tidak logik (misal : tradisional atau perasaan)
Menegakkan kebenaran, keadilan	Mengkhawatirkan tentang kehidupan
Keinginan mengorganisir sesuatu atau orang	Pengatur
Perbendaharaannya banyak	Kemungkinan menggunakan kata-kata yang

	dimanipulasi sendiri
Dorongan mendapatkan informasi yang luas	Cepat bosan di kelas, juga terhadap teman
Mempunyai pengharapan yang tinggi pada diri sendiri dan juga pada orang lain	Toleransi rendah, perfectionis, mudah drepresi
Energi tinggi	Mudah frustrasi bila harus tenang
Rasa humor tinggi	Teman sebayanya mungkin kurang memahami humornya
Mandiri, lebih suka kerja sendiri	Ditolak teman atau orangtua, nonkonformitas

### Pendidikan bagi Anak Cerdas Istimewa

Anak cerdas istimewa dengan kemampuan yang tersebut mempunyai kebutuhan-kebutuhan yang tidak sama dengan anak normal lainnya. Oleh karena itu bila anak-anak cerdas istimewa menempuh pendidikan di sekolah reguler atau umum, yang memiliki kurikulum, yang disusun bagi siswa dengan kemampuan rata-rata, akan dirasakan oleh mereka terlalu lamban dan membosankan. Selanjutnya berbagai upaya dilakukan untuk menyusun program pendidikan yang mampu memenuhi kebutuhan-kebutuhan mereka. Berbagai negara menaruh perhatian besar dalam masalah ini dalam upaya mengoptimalkan potensi mereka.

Nordby dalam 'Glossary of Gifted Education' menuliskan bahwa program pendidikan bagi anak cerdas istimewa yang tepat adalah program yang merupakan perpaduan antara kesempatan di bidang akademik dan sosial, antara lain :

- *Acceleration*, yaitu suatu program yang memberikan kesempatan bagi siswa berbakat untuk menempuh studi lebih cepat. Pada program ini terdapat *pacing* dan *compacting*. *Pacing* adalah suatu penyampaian materi dengan mengutamakan kecepatan, karena anak cerdas istimewa biasanya mampu bekerja dengan cepat. Sedang *compacting* adalah pemberian materi dengan sistim gugur, bila siswa berbakat mampu melewatinya maka ia berhak mendapatkan materi selanjutnya. Terdapat sistem yang lain yaitu *grade skipping*, yang memberi kesempatan bagi siswa berbakat untuk mengikuti kelas yang lebih tinggi.
- *Ability Grouping*, merupakan penempatan siswa yang memiliki kemampuan relatif sama dalam satu kelas atau kelompok dalam pemberian instruksi pelajaran. Pada sistem ini dilakukan temporer, hanya bila pemberian instruksi. Sedangkan bila pengelompokan ini dilakukan secara penuh waktu sering disebut *tracking*.
- *Enrichment*, istilah ini dalam bahasa Indonesia adalah pengayaan. Pengayaan merupakan program pendidikan yang memberikan tambahan atau peluasan materi dan kegiatan dibandingkan dengan kurikulum yang ada.
- *Pull-out*. Program khusus paruh waktu bagi siswa yang mampu belajar dengan cepat dengan cara membawanya dari kelas reguler untuk waktu tertentu. Biasanya program ini bersamaan dengan aktivitas pengayaan.
- *Special Education*. Program ini dilakukan dengan cara memberikan instruksi pengajaran secara khusus, dengan pertimbangan bahwa siswa berbakat mempunyai karakteristik yang unik, biasanya diberikan pada siswa berbakat yang cenderung ekstrim yang *underachievement*.

Beberapa macam dalam pelaksanaan program *Acceleration*. Pada intinya program ini memberi kesempatan bagi siswa untuk melewati proses pendidikan dengan sescepat mungkin siswa tersebut mampu. Macam-macam pelaksanaan program tersebut antara lain ;

- *Early school admission*. Pemberian hak masuk sekolah lebih awal bagi siswa yang mempunyai kematangan intelektual dan sosial yang setara dengan siswa lainnya, meskipun usianya lebih muda.

- *Skipping grades*. Siswa mendapat percepatan waktu studi, dengan menghapus atau melompat ke semester atau ke kelas di atasnya. Permasalah di sini adalah siswa membutuhkan kemampuan untuk menyesuaikan diri.
- *Telescoping grades*. Siswa mendapat semua materi pelajaran, namun dilakukan dalam waktu lebih singkat. Misalnya waktu studi tidak tahun diselesaikan dalam dua tahun.
- *Advanced placement*. Siswa mendapatkan kredit pelajaran untuk kolese sementara ia masih bersekolah di sekolah lanjutan atas, pemendekan waktu studi.
- *Dual enrollment in high school and college*. Siswa belajar penuh di kolese, sementara ia masih menempuh pendidikan di sekolah menengah atas.
- *Early college admission*. Pemberian kesempatan untuk masuk perguruan tinggi dalam usia mudah, misalnya pada usia 13, 14, atau 15 tahun.

# GANGGUAN BELAJAR (Learning Disabilities)

Disusun oleh **Dra Praharesti Eriany, MSi**

## Definisi :

Learning disabilities didefinisikan sebagai gangguan dalam satu atau lebih dari proses psikologikal dasar (**basic psychological processes**) yang melibatkan pemahaman dan penggunaan bahasa lisan maupun tulisan. Termanifestasi dari adanya kesenjangan yang sangat tinggi antara usia dengan tahap kemampuan pada satu atau beberapa area dari prestasi akademik : ekspresi lisan, ketrampilan mendengarkan, membaca, menulis atau berhitung.

LD tidak termasuk anak yang memiliki permasalahan sebagai hasil dari adanya keterbelakangan dalam hal pendengaran, penglihatan, motorik, retardasi mental, hambatan emosional, kemiskinan ekonomi maupun budaya, keterbatasan mengenyam pendidikan.

National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) mendefinisikan LD sebagai sekelompok gangguan yang bersifat heterogen yang termanifestasi dengan adanya kesulitan untuk menguasai dan menggunakan kemampuan mendengar, berbicara, membaca, menulis, penalaran dan matematik. Bisa saja diikuti oleh adanya gangguan sensori, emosional, perbedaan budaya dan instruksi yang tidak efisien tetapi LD bukan sebagai hasil dari kesulitan di atas. Ketidakmampuan lebih disebabkan disfungsi saraf pusat (**central nervous dysfunction**).

Dengan menggunakan **dyscrepancy model**- adanya perbedaan antara apa yang seharusnya dicapai siswa dengan kemampuan dan prestasi capaiannya maka adanya kesenjangan bisa dilihat dari nilai siswa dalam mata pelajaran khusus dengan menggunakan tes prestasi yang terstandarisir dibandingkan dengan tes inteligensi umum (IQ). Permasalahan praktis yang muncul terkait dengan :

1. Belum adanya kesepakatan umum mengenai besarnya penyimpangan untuk mengklasifikasikan anak mengalami LD.
2. Anak perlu gagal secara akademik sebelum didiagnosa sedangkan kebutuhan utama adalah mendeteksi sedini mungkin.
3. Minimal dalam kasus membaca, tidak bisa menunjukkan fungsi diagnostik dasar untuk membedakan populasi anak yang unik. Misal : anak didiagnosa LD dalam membaca karena prestasinya di bawah rata-rata atau anak dengan IQ di atas rata-rata namun prestasinya tidak berbeda dengan anak yang tergolong lambat membaca. Tidak ada diferensiasi dari kedua kelompok di atas menyangkut sejumlah variabel yaitu : pemrosesan informasi, respon terhadap instruksi, perbedaan genetik dan tanda neurophysiological.

Sisi positifnya adalah mulai adanya perhatian terhadap anak yang dipandang malas atau bodoh dalam mengerjakan tugas sekolah. Selain itu, konsep mengenai LD mendorong berkembangnya penelitian mengenai ketrampilan kognitif dan pemrosesan dalam mata ajar tertentu, mungkin berakar dari faktor biologis dari ketrampilan/ proses ttt dan konsekuensinya terhadap penyesuaian diri secara umum.

## Kriteria Diagnostik Gangguan Belajar Khusus (Specific Learning Disorder) menurut DSM 5



A. Kesulitan dalam belajar dan menggunakan ketrampilan akademik, sebagaimana ditunjukkan dengan adanya minimal satu dari simptom berikut dan muncul minimal selama 6 bulan, dengan kesulitan :

1. Membaca kata-kata secara tidak tepat atau lambat dan membutuhkan usaha keras dalam membaca kata (mis. Membaca satu kata dengan keras namun salah atau lambat dan kadang menebak-nebak kata, mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata-kata).
2. Kesulitan dalam memahami arti dari apa yang dibaca ( mis. Dapat membaca teks secara tepat namun tidak memahami urutan, hubungan dan makna lebih dalam dari apa yang dibaca).
3. Kesulitan mengeja (mis. Menambahkan, menghilangkan atau mengganti huruf konsonan atau vokal).
4. Kesulitan dalam ekspresi menulis (membuat kesalahan secara gramatikal atau kesalahan penempatan tanda baca dalam kalimat, pengaturan paragraf yang buruk, ketidakjelasan ekspresi gagasan).
5. Kesulitan menguasai konsep jumlah, fakta atau menghitung (memiliki pemahaman yang lemah terhadap jumlah, besaran dan hubungan; menghitung dengan menggunakan jari untuk perhitungan satu digit daripada recalling sebagaimana yang dilakukan teman sebayanya; sering kehilangan jejak dalam perhitungan aritmatik dan menggunakan prosedur yang terbalik).
6. Kesulitan dalam penalaran matematik (memiliki kesulitan yang parah dalam menerapkan konsep matematika, fakta atau prosedur untuk memecahkan problem kuantitatif).

B. Ketrampilan akademik secara substansi maupun kuantitas berada dibawah harapan dengan mempertimbangkan usia kronologis siswa dan berpengaruh terhadap prestasi akademik atau prestasi kerja atau aktivitas keseharian, dengan menggunakan pengukuran prestasi yang diadministrasikan secara individual dan asesmen klinis secara komprehensif. Untuk individu yang berusia 17 tahun ke atas, dokumentasi riwayat kesulitan belajar dapat dijadikan sebagai pengganti asesmen yang terstandarisir.

C. Kesulitan belajar dimulai sejak usia sekolah tetapi tidak sepenuhnya termanifestasi hingga muncul tuntutan ketrampilan akademik yang melebihi kapasitas individu (mis. Tes yang menuntut kecepatan, membaca atau menulis laporan panjang yang kompleks dengan tenggat waktu yang ketat, beban akademik yang tinggi).

D. Kesulitan dalam belajar tidak terkait dengan disabilitas intelektual, kendala visual atau auditori atau gangguan mental dan neurologis lain, adversitas psikososial dan kurangnya pemahaman bahasa terkait dengan instruksi akademik atau ketidaktepatan instruksi akademik.

Catatan : Keempat kriteria diagnostik ditemukan dengan didasari sintesa klinis dari riwayat individu (perkembangan, medikal, keluarga, pendidikan), laporan sekolah dan asesmen psikoedukasi.

#### **Dengan gangguan membaca :**

- Ketepatan membaca kata

- Kecepatan atau kelancaran membaca
- Pemahaman bacaan

Catatan : dyslexia adalah suatu alternatif istilah untuk menunjukkan pola kesulitan belajar dengan karakteristik adanya problem rekognisi dan akurasi kata, decoding yang buruk dan kemampuan mengeja yang lemah.

**Dengan gangguan ekspresi menulis :**

- Ketepatan mengeja
- Ketepatan tata bahasa dan tanda baca
- Kejelasan atau organisasi ekspresi tulisan.

**Dengan gangguan matematika :**

- Kepekaan terhadap angka
- Mengingat fakta aritmatik
- Ketepatan atau kelancaran berhitung
- Ketepatan penalaran matematik

Note : Dyscalculia adalah suatu alternatif istilah yang digunakan untuk menunjukkan pola kesulitan bercirikan adanya permasalahan dalam memproses informasi numerikal, belajar fakta aritmatik dan menunjukkan ketepatan dan kelancaran dalam berhitung. Jika diskalkulia diikuti dengan kesulitan tambahan maka perlu untuk mencatat kesulitan yang muncul, seperti penalaran matematik atau ketepatan penalaran kata.

**Tingkat keparahan**

**Mild (ringan):** mengalami beberapa kesulitan untuk menguasai ketrampilan belajar pada satu atau dua domain akademik, tetapi masih cukup memungkinkan untuk diatasi atau berfungsi baik jika mendapatkan akomodasi dan dukungan layanan yang tepat, terutama dalam usia sekolah.

**Moderate (sedang) :** ditunjukkan dengan adanya kesulitan untuk menguasai ketrampilan dalam belajar dalam satu atau lebih domain akademik sehingga membutuhkan pengajaran khusus yang intensif pada usia sekolah. Membutuhkan beberapa layanan akomodasi dan suportif minimal dalam kesehariannya di sekolah, di tempat kerja atau di rumah untuk menuntaskan aktivitasnya secara tepat dan efisien.

**Severe (parah) :** mengalami kesulitan yang parah untuk menguasai ketrampilan belajar pada satu atau lebih domain akademik , sehingga individu tidak mampu mempelajari ketrampilan tersebut tanpa pengajaran individual yang intensif dan khusus selama hampir sepanjang usia sekolah. Walau dengan adanya akomodasi dan layanan di rumah, sekolah atau tempat kerja, individu tidak dapat menuntaskan aktivitasnya secara efisien.

## **A. Disleksia (Gangguan Membaca)**

### **Definisi :**

Disleksia merupakan istilah yang banyak digunakan, dapat diartikan secara sempit maupun dalam arti luas. Kata disleksia berasal dari bahasa Yunani : “dys” = kesulitan dan “lexis” = kata-kata. Dalam arti sempit, disleksia seringkali dipahami sebagai kesulitan membaca secara teknis. Sedangkan dalam arti luas, disleksia berarti segala bentuk kesulitan yang berhubungan dengan kata-kata termasuk kesulitan membaca, menulis dan mengeja. Kesulitan ini terjadi tanpa adanya gangguan sensorik perifer, dalam arti tidak ada defisit pendengaran atau penglihatan, inteligensi yang rendah, lingkungan yang kurang menunjang, problem emosional primer atau kurang motivasi.

Perlu dipahami bahwa membaca merupakan aktivitas kompleks yang mencakup aktivitas fisik dan mental. Aktivitas fisik yang terkait adalah gerak mata dan ketajaman penglihatan. Aktivitas mental mencakup ingatan dan pemahaman.

Disleksia dapat dijelaskan pada tingkat neurologis, kognitif, behavioral. Anak dengan disleksia memiliki ciri pemrosesan informasi yang tidak efisien, kesulitan dalam working memory, menyebutkan sesuatu secara cepat & otomatisasi ketrampilan dasar. Seringkali diikuti dengan kesulitan mengurutkan, organisasi & motorik.

### **Gejala-gejala yang sering ditemui di sekolah, antara lain :**

- Menunjuk tiap kata yang dibaca dengan jari karena sering kehilangan jejak saat membaca.
- Membaca dengan berbisik
- Sulit membedakan huruf yang bentuknya mirip misal : b dan d, p dan q ataupun membaca kata0kata yang mirip, misal “ibu” dengan “ubi”
- Kekurangan atau kelebihan huruf dalam menulis.
- Sulit mengingat arah kiri dan kanan.
- Sulit mengingat urutan, mis. Mengurutkan hari-hari dalam seminggu.
- Sulit mengikuti instruksi verbal
- Sulit mengenali dan mengingat kata-kata yang dilihatnya (namun dapat mengingat kata-kata yang didengar).
- Sulit memahami ide utama dari bacaan.
- Kebiasaan membaca yang tidak wajar (mis. Membaca terlalu cepat, terlalu lambat, suara meninggi, menggerakkan kepala ke kiri atau ke kanan, kadang meletakkan kepala pada buku, menggigit bibir, gelisah bahkan menolak membaca) .
- Kelemahan dalam koordinasi visual motorik dan gangguan keseimbangan

Di Amerika Serikat, 10%-15% anak sekolah mengalami kesulitan dalam membaca. Ada juga yang mengatakan bahwa reading disorder dialami oleh minimal 10 juta anak atau 1 di antara 5. Kesulitan ini merupakan penyebab kegagalan terbesar di sekolah, karena anak dengan kesulitan membaca akan memiliki pandangan diri yang negatif dan akan merasa kurang kompeten. Selanjutnya hal ini akan menyebabkan masalah perilaku dan kecemasan yang tidak jarang kemudian diikuti dengan kurangnya motivasi.

**Prevalensi dan Perbedaan Jenis Kelamin :** Sekolah lebih sering mengidentifikasi anak laki-laki dibanding anak perempuan sementara studi secara epidemiologi dan longitudinal menunjukkan tidak ada perbedaan jenis kelamin. Namun deteksi disleksia pada anak laki-laki lebih mudah karena mereka punya problem penyerta lain seperti kesulitan atensi, gangguan perilaku. Studi di Selandia Baru menunjukkan disleksia ditemukan pada 18-22% siswa laki-laki dan 8-13% pada anak perempuan.

**Comorbidity Reading disorder (RD) dan ADHD :** Sekitar 20-25 % siswa RD juga mengalami ADHD. Alasannya belum diketahui namun ada kemungkinan terkait dengan adanya masalah atensi, tidak bisa duduk diam sehingga menghambat kemampuan belajar membaca.

**RD dan Problem Perilaku :** tidak ada keterkaitan langsung antara keduanya , seperti remaja RD lebih memiliki problem alkohol, kepribadian antisosial, kejahatan. Namun ada peningkatan kenakalan remaja yang dikaitkan dengan ketidak hadirannya di sekolah. Apakah problem perilaku dan ADHD dapat menyebabkan RD ? Problem perilaku tidak namun hiperaktivitas ya. Anak laki-laki menunjukkan problem eksternalisasi perilaku seperti hiperaktivitas. Anak perempuan mengalami RD tanpa adanya problem perilaku dan hiperaktivitas.

#### **Faktor Penyebab :**

1. Faktor genetik : Prof John Stein dan Prof Tony Monaco dari Oxford Univ menemukan tiga gen sama yang berhubungan dengan disleksia dalam sampel darah penderita.
2. Faktor resiko : kurangnya oksigen saat atau setelah lahir, prematuritas, berat badan lahir rendah. Dalam penelitian ditemukan 80% penderita mengalami min 1 resiko di atas.
3. Kekurangan hormon testosteron pada janin laki-laki semasa dalam kandungan. Kekurangan tersebut berkaitan dengan terjadinya gangguan belahan otak kiri yang berakibat terjadinya disleksia.
4. Faktor-faktor kognitif : terkait dengan pemrosesan informasi.

#### **Identifikasi :**

Dibagi menjadi 3 yaitu faktor biologis, faktor kognitif dan faktor perilaku. Oleh karenanya untuk mengidentifikasi anak disleksia perlu pemeriksaan menyeluruh dari ke 3 faktor di atas.

Dalam melakukan asesmen, perlu dilakukan pemeriksaan pada area :

1. Kecepatan membaca
2. Ketepatan membaca
3. Pengenalan kata
4. Pemahaman membaca
5. Kosa kata
6. Kemampuan mengeja

Selain mengidentifikasi melalui tes-tes membaca formal juga bisa dilihat dari observasi kegiatan sehari-hari, misal apakah anak bingung pada arah, sering tersesat di lingkungan baru, konsep kiri-

kanan dsb. Psikolog dapat menggunakan tes inteligensi untuk mengetahui kekuatan dan kelebihan anak termasuk melihat pemrosesan informasi (dari segi visual, auditori dan motorik).

Pengenalan membaca, huruf dan bahasa merupakan kesatuan yang melibatkan perhatian (konsentrasi), persepsi panca indra (visual, auditori), proprioseptif (sendi), keseimbangan, motorik dan gerak. Dokter juga bisa membantu mendeteksi apakah ada masalah neurologis yang menyebabkan kesulitan anak dalam membaca.

### **Intervensi**

1. Fokus pada proses yang mendasarinya : seperti proses persepsi, motorik, visual-motor. Meningkatkan modalitas sensori, seperti melihat atau mendengar, menyajikan materi dengan model multisensori yaitu mengkombinasikan fungsi pengamatan, perabaan, mendengarkan dan kinestetik. Namun demikian, tidak ada yang menunjukkan keberhasilan.
2. Pendekatan pendidikan : penekanan pada problem akademik dan remediasi dengan instruksi langsung. Melatih anak dengan abjad, kata-kata dan materi membaca yang bervariasi. Kebijakan memberi layanan pendidikan dalam kelas khusus, kelas reguler atau kombinasi keduanya.
3. Pendekatan behavioral : mengidentifikasi defisit ketrampilan akademik atau sosial dan remediasi dengan menggunakan contingent reinforcement, feedback dan modelling. Fokus pada ketrampilan akademik khusus seperti meningkatkan ketrampilan menulis atau meningkatkan "on task behavior".
4. Pendekatan kognitif dan kognitif behavioral : tujuan utamanya adalah untuk membantu siswa LD menghadapi tugas belajar khusus dan bagaimana untuk mencapai persyaratan tsb.
5. Treatment medis : memegang peran minor dibanding pendekatan lain. Medikasi stimulan berhasil untuk mengatasi problem inatensi, ketidakpatuhan dan meningkatkan performansi siswa di kelas pada anak LD dengan atau tanpa ADHD. Namun tidak terkait langsung dengan peningkatan prestasi. Fakta memang menunjukkan perilaku siswa yang lebih baik di kelas namun tidak berarti mereka belajar lebih banyak.
6. Pendekatan lain : melibatkan metode diet pada anak dengan memberikan dosis vitamin tertentu atau mengurangi gula atau food additive khusus untuk anak yang alergi terhadap food additive ttt. Namun tidak ada bukti efektivitasnya secara umum. Treatment akan berhasil jika berkaitan langsung dengan konten akademik dan komponen belajar menggunakan prinsip kognitif, behavioral dan linguistik. Treatment dengan dasar proses fisiologis dan psikologis terbukti lebih efektif.

## **B. Diskalkulia (Gangguan Berhitung)**

### **Definisi :**

Istilah diskalkulia berasal dari bahasa Yunani yaitu "Dys" (kesulitan) dan "Calcolare" (menghitung). Diskalkulia adalah kesulitan dalam belajar matematika, cakupannya antara lain aritmatika/berhitung, aljabar dan geometri/bangun ruang.

### **Kriteria Diagnostik :**

A. Kemampuan matematikanya secara signifikan berada di bawah rata-rata anak seusianya, kapasitas intelektual serta jenjang/tingkat pendidikannya.

B. Kesulitan matematika yang dialami anak secara signifikan mempengaruhi prestasi akademis/ketrampilan hidup sehari-hari yang menuntut kemampuan berhitung (misalnya berkaitan dengan penggunaan uang).

C. Kesulitan berhitung tersebut tidak disebabkan oleh gangguan sensoris yang mungkin dialami anak.

Faktor Penyebab : adanya gangguan dalam proses neurologis yang terkait dengan kemampuan berhitung dan pemahaman matematis.

Anak dengan kesulitan matematika/diskalkulia memiliki kapasitas intelektual minimal tergolong rata-rata atau bahkan di atasnya.

### **Karakteristik anak dengan diskalkulia :**

1. Tidak memiliki pemahaman yang memadai mengenai konsep dasar yang terkait dengan matematika, antara lain :

- Konsep keruangan (misal : atas bawah, puncak dasar, jauh dekat, tinggi rendah )
- Konsep waktu ( misal : sebelum-sesudah, awal-akhir )
- Kuantitas (misal : banyak sedikit, lebih besar lebih kecil )

2. Mengalami kesulitan dalam hal persepsi visual spasial dan koordinasi visual motorik misal

- a. Mengenali angka dan simbol matematika : 6 dengan 9,  $<$ ,  $>$ ,  $+$ ,  $-$ ,  $\times$ .
- b. Menempatkan angka sesuai dengan nilai tempat.
- c. Melihat suatu objek sebagai suatu kesatuan dalam kelompok.
- d. Membeda-bedakan bentuk geometri

3. Kesulitan untuk melakukan ketrampilan dasar matematika seperti menghitung objek, mempelajari tabel perkalian.

4. Kesulitan bahasa, misal untuk memahami/menyebutkan istilah-istilah dalam matematika, menterjemahkan soal cerita ke dalam kalimat matematika.

5. Kesulitan untuk menulis angka/symbol matematika secara jelas dan benar.

6. Kesulitan untuk memperkirakan tenggang waktu satu jam, satu menit, seminggu, sebulan.

7. Tidak bisa memperkirakan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu tugas.

8. Kesulitan memahami konsep uang.

9. Skor PIQ yang lebih rendah daripada Skor VIQ dengan menggunakan tes WISC.

**Prevalensi** : diperkirakan 1 dari 5 kasus kesulitan belajar khusus adalah kesulitan belajar matematika/diskalkulia dan sekitar 1 – 6 % anak usia sekolah diperkirakan mengalami diskalkulia.

**Assesmen** : meliputi

1. Kemampuan berhitung
2. Pemahaman terhadap istilah/bahasa matematika seperti simbol operasi hitung, kemampuan menuliskan angka yang diucapkan secara lisan, membaca angka dll.
3. Kemampuan mengerjakan soal matematika yang diberikan dan dikerjakan secara tertulis maupun lisan seperti soal penjumlahan, pengurangan, perkalian, soal cerita.

**Intervensi** :

1. Sesuaikan materi pembelajaran dengan kemampuan anak.
2. Bantu anak mempelajari konsep dasar matematika melalui aktivitas sehari-hari.
3. Bantu anak meningkatkan orientasi ruang/visual spasial.
4. Sediakan alat bantu yang dapat memudahkan anak belajar matematika.
5. Remedial matematika, mencakup :
  - a. Pengajaran konsep matematika, antara lain mengenai bentuk & ukuran, jumlah, urutan dan hubungan, simbol bilangan, pola matematika, nilai angka.
  - b. Ketrampilan matematika, antara lain mengenai penjumlahan, pengurangan, perkalian, pembagian, bilangan pecahan.

## **C. Disgrafia (Gangguan Menulis)**

**Kriteria Diagnostik** (menurut DSM IV)

- A. Ketrampilan menulis seperti yang diukur dengan menggunakan test yang terstandarisasi (atau asesmen terhadap ketrampilan menulis) yang diberikan secara individual yang secara substansial berada di bawah kemampuan yang diharapkan dari usia kronologisnya, kapasitas inteligensi dan taraf pendidikan yang sesuai dengan usianya.
- B. Gangguan yang disebutkan pada kriteria A secara signifikan mempengaruhi pencapaian akademik atau aktivitas kehidupan sehari-hari yang membutuhkan ketrampilan menulis (misal : menulis kalimat dengan tata bahasa yang benar dan menyusun paragraf).
- C. Apabila terdapat gangguan/masalah penginderaan, kesulitan dalam menulis menjadi lebih parah dari biasanya dan disebabkan oleh gangguan tersebut.

**Menurut DSM V** gangguan ekspresi menulis yang melibatkan : *Spelling accuracy* (ketepatan ejaan), *Grammar and punctuation accuracy* (tata bahasa dan ketepatan tanda baca), *clarity or organization of written expression* (kejelasan atau organisasi tema dalam ekspresi tulisan).

Untuk taraf keparahannya : *mild* (ringan), *moderate* (sedang) dan *severe* (parah). Batasannya bisa dilihat dalam uraian tentang disleksia.

**Makna menulis :**

- Untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan ke dalam lambang-lambang tulisan.
- Berguna untuk menyalin, mencatat dan mengerjakan tugas sekolah.
- Merupakan aktivitas kompleks yang mencakup gerakan lengan, tangan, jari dan mata secara terintegrasi. Juga terkait dengan pemahaman bahasa dan kemampuan bicara.
- Merupakan salah satu komponen sistem komunikasi secara tertulis.

**Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan menulis :**

1. Kemampuan motorik
2. Perilaku (termasuk atensi)
3. Persepsi (visual maupun auditori)
4. Memori
5. Kemampuan menggunakan cross modal (kemampuan mentransfer dan mengorganisasikan fungsi visual ke motorik).
6. Penggunaan tangan yang dominan.
7. Kemampuan memahami instruksi.
8. Proses belajar menulis berkaitan erat dengan proses belajar berbicara dan membaca.
9. Proses belajar menulis juga merupakan proses neurofisiologis.

Kesulitan menulis sering terkait dengan cara anak memegang pensil, ada 4 macam cara :

1. Sudut pensil terlalu besar
2. Sudut pensil terlalu kecil
3. Menggenggam pensil
4. Menyeret pensil



**Asesmen kesulitan menulis permulaan**, dilakukan melalui observasi menyangkut kemampuan untuk :

1. Menulis dari kiri ke kanan
2. Memegang pensil dengan benar
3. Menulis nama panggilannya sendiri
4. Menulis huruf-huruf
5. Menyalin kata-kata dari papan tulis
6. Menulis pada garis yang tepat.

**Asesmen kesulitan mengeja**, terjadi jika anak mengalami gangguan memori dan persepsi (visual maupun auditori). Beberapa kesalahan apada tulisan :

1. Pengurangan huruf (bekerja ditulis bekeja)
2. Kesalahan ucap (namun ditulis nanum)
3. Pembalikan huruf dalam kata (ibu ditulis ubi)
4. Pembalikan konsonan (air ditulis ari)
5. Pembalikan suku kata (laba ditulis bala)

**Asesmen kesulitan menulis ekspresif** yaitu kemampuan menggunakan bahasa ujaran, membaca, mengeja, menulis dengan tangan dan memahami aturan penulisan.

Evaluasi didasarkan atas :

1. Panjangnya karangan
2. Ejaan, tanda baca dan tata bahasa.
3. Kematangan dan keabstrakan tema
4. Bentuk tulisan tangan dan huruf
5. Panjang kalimat dan perbendaharaan kata.

### **Pengajaran Remedial Menulis**

1. Aktivitas menggunakan papan tulis, anak diberi kebebasan untuk menggambar garis, lingkaran, bentuk-bentuk geometri, angka. Bertujuan untuk mematangkan motorik kasar, halus, koordinasi mata-tangan.
2. Bahan lain untuk latihan gerakan menulis tmsk kegiatan hands-on learning yaitu kegiatan dimana anak menyentuh benda-benda yang dipelajari, bukan hanya melihat. Misal : menyentuh langsung pasir dan menulis di pasir, menghitung koin, bermain dakon. Melatih syaraf taktil akan menstimulasi motorik halus anak yang diperlukan dalam menulis.
3. Posisi : Mengatur posisi tubuh ketika menulis dan mengatur posisi kertas, menyediakan kursi yang nyaman dan meja yang cukup berat agar tidak mudah goyang. Kedua tangan anak diletakkan di atas meja, tangan satu untuk menulis dan tangan lain untuk memegang kertas bagian atas.
4. Melatih cara memegang pensil dengan benar, dimulai dari menggunakan spidol besar atau pensil grip. Menggunakan pensil 2B untuk yang tekanannya lemah atau pensil H untuk yang tekanannya kuat.
5. Disarankan untuk belajar menulis huruf cetak terlebih dahulu karena :
  - a. Bentuk hurufnya sederhana
  - b. Buku-buku menggunakan huruf cetak
  - c. Huruf cetak lebih mudah dibaca.
  - d. Digunakan dalam aktivitas keseharian.
  - e. Lebih mudah dieja karena hurufnya berdiri sendiri-sendiri.
5. Untuk aktivitas mengeja, dengan menggunakan metode Fernald, langkahnya sbb :
  - a. Anak memilih sendiri kata yang ingin dipelajari.
  - b. Guru menulis kata yang dipilih, anak memperhatikan, guru membacakan.
  - c. Anak menelusuri bentuk kata dengan jari, mengucapkan kata tersebut berulang kali, menuliskan di kertas lain sambil mengucapkan.
  - d. Anak menuliskan kata tersebut dari ingatannya tanpa melihat tulisan aslinya. Tambah dengan kata-kata lain, jika berhasil masukkan kata-kata tersebut dalam kotak. Jika sudah cukup banyak, bisa disusun menjadi suatu cerita.
  - e. Anak melihat kata yang ditulis, mengucapkan kata dan menulisnya.

#### Sumber Pustaka

Abdurrahman, M. 2003. Pendidikan Bagi Anak Berkesulitan Belajar. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM 5 Fifth ed. Washington DC
- Dechant , E.V. Improving The Teaching of Reading. 3 rd Ed. London : Prentice Hall.
- Feldman, W. 2003. Mengatasi Gangguan Belajar Pada Anak. Alih Bahasa Sudarmadji. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Konferensi Nasional Neurodevelopmental II. 2006. Kesulitan Belajar dari Masa ke Masa “Deteksi Dini & Intervensi Terkini”. Jakarta.
- Setyono, I.L. 2011. Kesiapan Baca (Pra – Reading). Seminar Cerdas Membaca : Bandung
- Wenar, C; Krig, P. 2000. Developmental Psychopathology (from Infancy through Adolescence). Fourth Ed. Singapore : Mc Graw-Hill Book Co.

# **BAB IV**

## **BERHUBUNGAN DENGAN**

### **GANGGUAN EMOSI DAN PERILAKU**

# ADD/ADHD

## (ATTENTION DEFICIT DISORDER /ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER)

disusun oleh : Emiliana Primastuti, SPSi, MSi

### A. APAKAH ADHD Itu?

ADHD adalah kependekan dari Attention Deficit Hyperactivity Disorder atau gangguan pemusatan perhatian disertai hiperaktif. Istilah ini sering muncul pada dunia medis yang sekarang juga banyak diperbincangkan di dunia pendidikan dan psikologi. Istilah ini memberi gambaran tentang suatu kondisi yang mencakup disfungsi otak, di mana individu mengalami kesulitan dalam mengendalikan impuls, menghambat perilaku, dan tidak mendukung rentang perhatian mereka. Jika hal ini dapat menyebabkan berbagai kesulitan belajar, kesulitan berperilaku, kesulitan sosial, ataupun kesulitan lain yang saling terkait.

Ada yang mengatakan, Attention Deficit Hyperactivity Disorder merupakan pola yang menetap dari inattention dan atau hiperaktivitas-impulsivitas pada seseorang yang dapat diketahui sebelum berusia 7 tahun dan pola tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi seperti di rumah, sekolah atau situasi social lainnya. Ada yang mengatakan bahwa ADHD biasanya mulai tampak pada usia kurang lebih 7 tahun, muncul pada 3% - 5% pelajar Sekolah Dasar dan lebih sering terjadi pada anak laki-laki daripada perempuan, dengan perbandingan 5 : 1, terutama pada anak-anak usia 6-12 tahun. Nampaknya gangguan ADHD ini dari tahun ke tahun semakin meningkat, dengan karakteristik yang semakin berbeda-beda. Gangguan ini dapat menetap sampai usia remaja atau dewasa jika tidak diberikan latihan yang intensif dan terus-menerus. Pada remaja laki-laki tetap lebih banyak daripada remaja perempuan, dengan rasio perbandingan 3:1.

### B. KRITERIA DIAGNOSTIK

Menurut DSM IV kriterianya adalah:

#### 1. (a) atau (b)

a. **Inattention:** 6 (atau lebih) gejala inatensi berikut ini adalah menetap selama sekurangnya enam bulan sampai tingkat yang maladaptive dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan:

- 1) Sering gagal memberikan perhatian terhadap sesuatu yang terperinci atau melakukan kesalahan yang tidak berhati-hati (sembrono) dalam tugas sekolah, pekerjaan, atau aktivitas lain.
- 2) Sering mengalami kesulitan dalam mempertahankan atensi terhadap tugas atau kegiatan bermain
- 3)Sering tampak tidak mendengarkan jika diajak berbicara secara langsung
- 4) Sering tidak mengikuti instruksi dan gagal dalam menyelesaikan tugas sekolah, pekerjaan, atau tugas di tempat kerja (bukan karena perilaku oposisional/melawan atau tidak dapat mengerti instruksi)
- 5) Sering mengalami kesulitan dalam mengatur tugas dan kegiatan
- 6) Sering menghindari, tidak menyukai, atau enggan untuk terlibat dalam tugas yang memerlukan usaha mental yang lama (seperti tugas sekolah atau pekerjaan rumah)
- 7) Sering kehilangan barang/benda penting yang dibutuhkan untuk melakukan tugas atau kegiatan (misalnya alat bermain/permainan, tugas sekolah, pensil, buku, atau alat tulis lain)
- 8) Sering mudah dialihkan oleh stimulus dari luar
- 9) Sering lupa dalam aktivitas sehari-hari

b. **Hiperaktivitas-Impulsivitas:** 6 (atau lebih) gejala hiperaktivitas-impulsivitas berikut ini telah menetap selama enam bulan sampai tingkat yang maladaptive dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan.

#### Hiperaktivitas;

- 1) Sering gelisah dengan tangan dan kaki atau menggeliat-geliat di tempat duduk

- 2) Sering meninggalkan tempat duduk di kelas atau dalam situasi lain di mana diharapkan anak tetap duduk
- 3) Sering berlari-lari atau memanjat secara berlebihan dalam situasi yang tidak tepat (pada masa remaja atau dewasa terbatas pada perasaan gelisah yang subyektif)
- 4) Sering mengalami kesulitan bermain atau terlibat dalam kegiatan pengisi waktu luang secara tenang
- 5) Sering “siap-siap pergi” atau bertindak seakan-akan “dikendalikan oleh motor”
- 6) Sering berbicara berlebihan

#### **Impulsivitas:**

- 1) Sering menjawab tanpa dipikir sebelum pertanyaan selesai
- 2) Sering sulit menunggu giliran
- 3) Sering memutuskan atau mengganggu orang lain (misalnya memotong pembicaraan atau permainan)

2. Beberapa gejala hiperaktivitas-impulsivitas atau inatensi yang menyebabkan gangguan telah ada sebelum usia tujuh tahun
3. Gangguan berdasar gejala yang ada, terdapat pada dua atau lebih situasi (misalnya di sekolah, pekerjaan dan di rumah)
4. Harus ada bukti jelas adanya gangguan yang bermakna secara klinis dalam fungsi social, akademik atau fungsi pekerjaan
5. Gejala tidak terjadi selama berlakunya pervasive, schizophrenia, atau gangguan psikosis yang lain dan tidak dijelaskan lebih baik oleh gangguan lain (misalnya gangguan mood, gangguan kecemasan, gangguan disosiatif, atau gangguan kepribadian)

#### **C. Macam-macam atau Jenis ADHD:**

1. AD/HD kombinasi, dengan ketentuan: Sub tipe ini ditegakkan dengan ketentuan ada 6 atau lebih gejala inattention dan 6 atau lebih gejala hiperaktif-impulsif berlangsung setidaknya 6 bulan
2. AD/HD inattention, dengan ketentuan: sub tipe ini ditegakkan dengan ketentuan ada 6 atau lebih gejala inattention, tetapi kurang dari 6 gejala hiperaktif-impulsif, telah berlangsung setidaknya 6 bulan
3. AD/HD hiperaktif-impulsif dengan ketentuan: sub tipe ini ditegakkan dengan ketentuan ada 6 atau lebih gejala hiperaktif-impulsif, tetapi kurang dari 6 gejala inattention, sedikitnya selama 6 bulan.
4. (Jika tidak memenuhi kriteria disebut AD/HD yang tidak tergolongkan)

Pada saat didiagnosa tipe 2 atau 3 bisa berkembang ke tipe 1.

Sebagai catatan, bahwa gejala inattention umum pada anak yang memiliki IQ rendah (MR), gejala inattention juga terjadi pada anak dengan IQ tinggi dalam lingkungan yang tidak memberikan stimulus yang memadai, dan anak yang inattention karena lingkungan yang kurang memadai, tidak teratur, atau tanpa aturan.

#### **D. FAKTOR PENYEBAB**

Ada beberapa penyebab gangguan ADHD, yaitu:

1. Faktor genetic. Banyak anak ADHD yang memiliki kerabat dengan gangguan yang sama atau dengan gejala yang serupa.
2. Prematuritas
3. Kerusakan mekanis prenatal pada system Syaraf janin, riwayat proses perkembangan janin yang tidak baik selama dalam kandungan, akibat penggunaan alcohol atau obat-obatan pada ibu sewaktu hamil, ataupun proses kelahiran yang bermasalah atau tidak normal.
4. Berbagai penyedap masakan, zat pewarna, pengawet, dan gula juga diperkirakan sebagai kemungkinan penyebab untuk perilaku hiperaktif.

5. Cedera otak yang mungkin disebabkan oleh efek sirkulasi, toksik, metabolic, kerusakan fisik otak selama masa bayi yang disebabkan oleh infeksi, peradangan serta trauma.
6. Faktor psikososial, anak-anak di panti sosial atau panti asuhan seringkali overaktif dan memiliki rentang atensi yang buruk. Jadi factor emosi juga dapat menyebabkan lebih kompleksnya permasalahan pada anak ADHD.
7. Ada dugaan yang cukup kuat, bahwa layer televisi, computer atau video game dapat memunculkan atau memperberat gejala ini.

#### **E. BAGAIMANA ANAK ADHD DI SEKOLAH**

- Sekolah sebagai lingkungan yang terstruktur dan orangtua biasanya baru menyadari bahwa anak mereka mengalami ADHD ketika mereka masuk sekolah.
- Dengan konsentrasi yang mudah terganggu membuat anak tidak dapat menyerap materi pelajaran secara keseluruhan.
- Rentang perhatian yang pendek membuat anak ingin cepat selesai dalam mengerjakan tugas, sehingga hasil kurang sesuai dengan instruksi atau kurang maksimal atau tugas yang dikerjakan kurang tuntas
- Hal di atas akan semakin diperberat apabila lingkungan ramai dan banyak gangguan, sehingga anak dapat mudah terganggu baik secara visual maupun auditori.
- Untuk menarik perhatiannya dibutuhkan penyampaian informasi yang lebih kreatif, terutama banyak dengan praktek, juga dengan bantuan gambar, bentuk, warna.
- Anak ADHD biasanya tidak memperhatikan hal-hal yang rinci atau detail, sering membuat kesalahan, pekerjaannya sering berantakan dan biasanya dilakukan secara sembrono tanpa dipikir terlebih dahulu.
- Kemungkinan terjadi aktivitas motorik yang berlebihan
- Menjawab tanpa ditanya atau malahan menghindari tugas
- Dengan kurangnya perhatian maka ada kemungkinan bingung terhadap suatu arahan atau instruksi
- Biasanya tulisannya jelek
- Kemungkinan mengalami masalah-masalah social di sekolah
- (tapi perlu dicatat) bahwa kekurangan yang ada pada anak ADHD bukan berarti anak dengan ADHD adalah anak bodoh, mungkin saja, mereka memiliki taraf kecerdasan rata-rata bahkan di atas rata-rata, hanya saja mereka memiliki cara sendiri untuk mengeksplorasi lingkungannya

## **OPOSITIONAL DEFIANT DISORDER (ODD)** **atau Sikap Menentang/Membangkang**

disusun oleh : Emiliana Primastuti, SPsi, MSi

Hal yang penting dan menonjol dari ODD adalah pola berulang yang bersifat negative, melawan, tidak patuh, dan perilaku bermusuhan terhadap figure otoritas yang menetap paling tidak selama 6 bulan.

Kriteria diagnostic ODD adalah:

A. Adanya pola negative, kekerasan dan perilaku menentang yang berlangsung paling tidak 6 bulan dan selama kurun waktu tersebut muncul paling tidak 4 gejala berikut ini:

1. Sering hilang kesabaran
2. Sering berargumen/membantah orang dewasa
3. Sering secara aktif menentang/menolak perintah orang dewasa
4. Sering dengan sengaja mengganggu orang lain
5. Sering membuat jengkel dengan tingkah laku yang tidak benar
6. Sering mudah tersinggung oleh orang lain atau sensitif dengan apa yang didengar
7. Sering marah
8. Sering menjadi pendendam dan ingin balas dendam

B. Gangguan dalam perilaku ini menyebabkan munculnya gangguan klinis di lingkungan, akademis dan fungsi lain.

C. Perilaku tersebut tidak hanya muncul selama gangguan suasana perasaan

D. Kriteria-kriteria tidak ditemui pada gangguan tingkah laku dan jika orang tersebut berusia lebih dari 18 tahun, tidak termasuk di dalamnya gangguan kepribadian antisocial.

Ciri utama ODD adalah pola kegigihan, bermusuhan, dan perilaku negatif yang diarahkan kepada figur otoritas. Mengingat kumpulan perilaku tersebut, tidak mengherankan bahwa anak-anak dengan ODD menciptakan stress yang signifikan dalam beberapa lingkungan di mana kepatuhan dan perilaku yang sesuai dengan aturan sangat diharapkan. Pola perilaku oposisi ini berlangsung terus-menerus, tidak berbelas kasihan, dan tahan lama (harus terjadi paling tidak selama 6 bulan). Anak-anak dengan ODD memperlihatkan sejumlah gejala perilaku yang membuat mereka secara ekstrim sulit untuk diatur karena sifat menentang mereka.

Anak dengan ODD seringkali keras kepala dan tidak patuh. Mereka bisa menjadi sangat berlawanan dan argumentatif dengan yang lain. Namun, mereka cepat mengalihkan kesalahan ke orang lain, membela tindakan mereka yang diperlukan orang lain yang diberikan tuntutan tidak masuk akal. Anak ODD mungkin juga terlihat seperti anak agresif secara pasif, seperti yang secara sistematis mengabaikan perintah berulang untuk mengikuti petunjuk. Mereka tidak akan berkompromi, menolak untuk tunduk meskipun sedikit, dan sering keras kepala untuk mematuhi penolakan untuk bernegosiasi. Perilaku ODD dimulai di rumah dan sering terbawa ke dewasa akrab dengan siapa mereka akan mendorong batas-batas dan menguji batas. Anak-anak dengan ODD dapat hadir dengan baik konsep



diri rendah atau rasa harga diri meningkat. mereka akan terlibat dalam pertempuran orang tua yang meningkat menjadi tingkat tinggi gejala emosional.

Gangguan sikap menentang ini sudah ada sebelum usia 8 tahun, symptom perilaku menentang ini biasanya sudah tampak di lingkungan rumah, namun selanjutnya muncul dalam lingkungan yang lebih luas dalam kurun beberapa bulan atau tahun, gangguan ini biasanya awal munculnya Conduct Disorder.

## CONDUCT DISORDER (CD)

disusun oleh : Emiliana Primastuti, SPsi, MSi

Conduct Disorder adalah pola perilaku yang menetap dan berulang dimana hak dasar orang lain atau norma sosial (peraturan) yang sesuai dengan usianya, dilanggar.

CD sering ditemukan pada masa remaja dan anak-anak. 6-16 % anak laki-laki dan 2-9 % anak perempuan dibawah usia 18 tahun. Anak laki-laki sering memenuhi kriteria diagnostik pada umur 10-12 tahun, sedangkan anak perempuan sering mencapai umur 14-16 tahun sebelum kriteria dipenuhi. CD sering terjadi pada anak-anak yang orangtuanya memiliki gangguan kepribadian antisosial dan ketergantungan alkohol. Banyak anak dengan CD tidak dapat mengembangkan kelekatan sosial seperti yang dimanifestasikan oleh kesulitan dalam hubungan teman sebaya atau tidak adanya hubungan teman sebaya yang normal. Anak tersebut seringkali menarik diri atau terisolasi secara sosial. Hukuman yang berat hampir selalu meningkatkan ekspresi kekerasan dan frustasi maladaptive mereka, bukannya mengurangi perilaku bermasalah.

Ada 15 kriteria diagnostik untuk CD, CD ditunjukkan oleh adanya 3 atau lebih kriteria selama 12 bulan terakhir, dengan sekurangnya satu kriteria ditemukan dalam 6 bulan terakhir.

**Kriteria Diagnostiknya** adalah:

- a. Agresi kepada orang dan binatang
  1. Sering berbohong, mengancam atau mengintimidasi orang lain
  2. Sering memulai perkelahian fisik
  3. Menggunakan senjata yang menyebabkan bahaya fisik yang serius bagi orang lain (misalnya pemukul, batu, botol, pisau)
  4. Kejam secara fisik kepada orang lain
  5. Kejam secara fisik kepada binatang
  6. Mencuri sambil berhadapan dengan korban (misalnya merampok, menjambret dompet, memeras, perampokan bersenjata)
  7. Memaksa orang untuk melakukan aktivitas seksual
- b. Menghancurkan barang milik orang lain
  8. Secara sengaja menimbulkan kebakaran dengan tujuan menyebabkan kerusakan yang serius
  9. secara sengaja menghancurkan barang milik orang lain
- c. Tidak jujur atau mencuri
  10. merusak dan masuk ke dalam rumah, bangunan atau kendaraan orang lain
  11. sering berbohong untuk mendapatkan barang-barang atau kemurahan hati atau menghindari kewajiban (memafkan orang lain)
  12. telah mencuri barang-barang dengan nilai yang besar tanpa menghadapi korban (misalnya mencuri di toko)
- d. Pelanggaran aturan yang serius

13. keluar pada malam hari walaupun dilarang orangtua, dimulai sebelum usia 13 tahun
14. melarikan diri dari rumah semalaman sekurangnya dua kali
15. sering membolos dari sekolah, dimulai sejak usia 13 tahun

**Ada 2 tipe CD** dengan memperhatikan onset usianya :

**1. *Childhood – onset Type*:** pada tipe onset masa anak-anak sekurangnya memiliki satu masalah tingkah laku (satu kriteria di atas) sebelum usia 10 tahun, biasanya terjadi lebih banyak pada laki-laki, antara lain sering menunjukkan agresi fisik pada orang lain, mengganggu dalam *peer relation*, biasanya symptom seluruhnya sudah ditemukan sebelum usia pubertas. Perkembangan lebih lanjut akan sampai pada *antisocial personality disorder*.

**2. *Adolescent – onset Type* :** pada tipe onset masa remaja tidak ada masalah perilaku yang ditemukan sebelum usia 10 tahun. Perbedaannya dengan *childhood – onset type* bahwa seseorang termasuk tipe ini kurang menunjukkan tingkah laku agresif dan cenderung lebih bernorma dalam berelasi dengan orang lain (walaupun mereka sering menunjukkan problem *conduct disorder* dalam berkelompok dengan orang lain).

**Tingkat keparahan:**

1. ***Mild***, bila sedikit permasalahan conduct disorder menyebabkan sedikit kerugian pada orang lain (berbohong, keluar malam tanpa ijin, bolos).
2. ***Moderate***, bila permasalahannya dan akibatnya berkisar antara ringan ke berat.
3. ***Severe***, bila permasalahan conduct disorder mengakibatkan problem serius pada orang lain (memaksa secara seksual, menggunakan senjata, merusak, dll).

**Faktor-faktor yang mempengaruhi Conduct Disorder:**

a. Faktor Parental

Beberapa sikap orangtua dan cara membesarkan anak yang salah mempengaruhi perkembangan perilaku maladaptive anak. Kondisi rumah yang kacau mempengaruhi CD dan kenakalan. Adanya percekocokan antara orangtua, psikopatologi orangtua, penyalahgunaan zat pada orangtua, penelantaran anak, sosiopatik, ketergantungan alkohol dan penyalahgunaan zat pada orangtua.

b. Faktor Sosiokultural

Anak-anak yang kekurangan secara sosioekonomi dan tidak mampu mencapai status serta mendapatkan barang-barang materi menghalalkan cara yang sebenarnya tidak dibenarkan secara sosial. Namun perilaku tersebut dianggap normal dan diterima dibawah kondisi kekurangan sosioekonomi karena menurut nilai-nilai kelompoknya sendiri

c. Faktor neurobiologis

Cairan serobrospinalis yang rendah dalam diri anak berhubungan dengan munculnya agresi dan kekerasan

d. Penyiksaan dan penganiyaan anak

Anak yang mengalami kekerasan untuk jangka waktu yang lama, terutama yang mengalami penyiksaan fisik sering berperilaku agresif. Hal ini dikarenakan mereka kesulitan dalam

mengungkapkan perasaan dan kesulitan tersebut meningkatkan kecenderungan mereka untuk mengekspresikan diri secara fisik. Anak-anak dan remaja yang disiksa dengan kejam kecenderungan menjadi waspada secara berlebihan. Pada beberapa kasus mereka keliru mengartikan situasi ringan dan merespon dengan kekerasan. Tidak semua perilaku fisik merupakan CD, tetapi anak dengan pola kewaspadaan berlebihan dan respon kekerasan kemungkinan melanggar hak orang lain

e. Faktor lain

Disfungsi atau kerusakan system saraf pusat dan temperamen awal yang ekstrem dapat mempredisposisikan anak mengalami CD. Kecenderungan kekerasan bisa terjadi karena disfungsi system saraf pusat dan tanda psikopatologi seperti delusional. Penelitian temperamental longitudinal menyatakan penyimpangan perilaku diawali adanya ketidaksesuaian antara dua pihak, satu pihak temperamen dan kebutuhan emosional anak dan pihak yang lain sikap orangtua dan cara membesarkan anak.

**Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:**

- CD merupakan bagian dari banyak kondisi psikiatrik masa anak-anak terentang dari gangguan mood sampai gangguan psikotik dan gangguan belajar, sehingga benar-benar harus menggali riwayat kronologis gejala.
- ODD dianggap sebagai gejala awal dari gangguan CD namun sebenarnya kedua gangguan ini berdiri sendiri. Banyak anak yang mengalami ODD tidak menjadi CD. Dan jika CD tampak pada masa remaja bukan berarti diawali dengan ODD. Yang membedakan bahwa ODD merupakan perilaku menentang tidak sampai melanggar hak orang lain. Sedangkan pada CD perilaku menentang dilakukan hingga melanggar hak orang lain.
- ADHD dan gangguan belajar sering disertai dengan CD, biasanya dua gejala gangguan mendahului diagnosis CD
- ADHD sering menunjukkan perilaku yang impulsive dan agresif yang tidak memenuhi criteria lengkap untuk CD

**Ada 2 macam conduct disorder:**

1. **Behavior symptom**, yang meliputi:

- a. Agresivitas fisik dan verbal
- b. Ketidapatuhan
- c. Ketidakpercayaan
- d. Kurang kontrol diri
- e. Merusak hubungan interpersonal

2. **Socialized syndrome**, yang meliputi:

- a. Melakukan pelanggaran, seperti mencuri, membolos sekolah.
- b. Bergabung dalam sebuah gang.

**Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk melakukan intervensi anak yang mengalami CD adalah:**

- Terapi Multimodalitas

Menggunakan semua kekuatan keluarga dan masyarakat yang ada kemungkinan memberikan hasil yang terbaik dalam usaha mengendalikan perilaku CD.

a. Suatu struktur lingkungan dengan aturan yang konsisten dan diperkirakan dapat membantu mengendalikan masalah perilaku. Struktur dapat diterapkan pada kehidupan keluarga dalam beberapa kasus, sehingga orangtua menjadi menyadari teknik perilaku dan mampu menggunakannya untuk mendorong perilaku yang sesuai.

b. lingkungan sekolah juga dapat menggunakan teknik perilaku untuk mempermudah perilaku yang diterima secara sosial terhadap teman sebaya dan untuk menghentikan kejadian antisosial yang jelas.

- Psikoterapi individual

Meningkatkan keterampilan memecahkan masalah (dengan cara yang adaptif) karena anak dengan CD memiliki pola respon maladaptive terhadap situasi sehari-hari.

- Medikasi

Haloperidol dapat menurunkan perilaku agresif dan menyerang yang mungkin ditemukan dalam berbagai gangguan. Lithium memiliki beberapa manfaat dalam terapi agresi di dalam atau di luar konteks gangguan bipolar. Uji coba menyatakan Carbamazepine (tegretol) mungkin membantu mengendalikan agresi, Clonidine (catapres) dapat menurunkan agresi.

## SEPARATION ANXIETY DISORDER (SAD)

Disusun oleh Erna Agustina Y , Spsi, MSi

Salah satu ciri dari SAD adalah seorang anak mengalami stress tingkat tinggi pada saat berada terpisah dari rumah atau figur yang merawatnya (biasanya orangtua, terutama ibu), ketakutan yang berlebihan bahwa orangtua akan mengalami kecelakaan atau meninggal, dan menunjukkan keengganan ketika melakukan aktivitas yang mengharuskan untuk terpisah dengan orangtua. Kebanyakan anak-anak pada awalnya memang memiliki rasa kecemasan ketika harus terpisah dari orangtua pada saat mereka pertama kali melakukan aktivitas tertentu. Akan tetapi, pada anak dengan SAD, kecemasan tersebut akan berlanjut terus dan berlangsung secara intensif ketika harus berpisah dengan orangtuanya.

Kecemasan anak pada saat harus terpisah dari orangtua dapat dilihat dari berbagai aspek.

- a. Aspek emosi : ia mengalami stress yang berulang;
- b. Aspek kognitif : ia akan mengalami kecemasan yang berlebihan;
- c. Aspek perilaku : ia akan menolak untuk pergi sekolah;
- d. Gejala fisiknya biasanya adalah sakit kepala atau sakit perut.

Seorang anak dapat didiagnosis mengalami SAD, ketika kecemasan yang dialami harus berlangsung paling tidak selama 4 minggu. Selain itu, untuk menyatakan bahwa SAD tersebut adalah gangguan pada anak-anak, gejala-gejala yang dimunculkan harus ada sebelum usia 18 tahun.

SAD pada anak-anak dapat terjadi pada 4 tingkatan.

- a. Tingkat yang pertama adalah pada saat berada dengan orangtua, tingkat kecemasan anak rendah dan merasa aman.
- b. Tingkat kedua, anak mengalami kecemasan ketika ia memikirkan jika ia akan terpisah dari orang tuanya.
- c. Tingkat ketiga, anak mengalami kecemasan tingkat tinggi ketika terpisah dari orangtua.
- d. Tingkat keempat adalah kecemasan menjadi berkurang saat mereka bersatu lagi dengan orangtua.

Anak dengan gejala ringan akan berusaha membuang waktu saat akan pergi ke sekolah, mengalami kesulitan berkonsentrasi saat di sekolah, dan akan kembali ke rumah sesegera mungkin. Anak dengan gejala moderate akan berusaha untuk tetap di rumah dibanding ke sekolah sesering mungkin, menolak untuk bermain dengan teman-teman saat sedang di rumah, dan selalu berada dekat dengan orangtua pada saat di rumah. Sedangkan anak dengan gejala yang cukup parah biasanya akan menolak untuk bersekolah, akan mengalami beberapa gejala fisik untuk mengantisipasi mereka agar tidak terpisah dengan orangtua, dan menolak untuk tidur, kecuali di kamar orangtua.

SAD dapat berpengaruh terhadap performance anak di sekolah dan hubungannya dengan teman-teman sebayanya. Prestasi akademiknya akan buruk jika ia sering absen di sekolah atau kecemasan yang dialami membuatnya tidak bisa berkonsentrasi pada pekerjaan sekolah. Anak dengan SAD biasanya berasal dari orangtua yang *overprotective*. Orangtuanya kemungkinan merasa takut ketika anak-anak terpisah dari mereka. Orangtua menunjukkan ketakutan ini kepada anak-anak mereka secara eksplisit maupun implisit. Ketakutan dari orangtua ini akan mempengaruhi perkembangan kecemasan yang dialami oleh anak mereka.

## PHOBIA

**Phobia** adalah rasa ketakutan yang berlebihan pada sesuatu hal atau fenomena. Phobia bisa dikatakan dapat menghambat kehidupan orang yang mengidapnya. Bagi sebagian orang perasaan takut seorang pengidap Phobia sulit dimengerti. Itu sebabnya, pengidap tersebut sering dijadikan bulan bulanan oleh teman sekitarnya. Ada perbedaan "bahasa" antara pengamat phobia dengan seorang pengidap phobia. Pengamat phobia menggunakan bahasa logika sementara seorang pengidap phobia biasanya menggunakan bahasa rasa. Bagi pengamat dirasa lucu jika seseorang berbadan besar, takut dengan hewan kecil seperti kecoa atau tikus. Sementara di bayangan mental seorang pengidap phobia objek tersebut menjadi benda yang sangat besar, berwarna, sangat menjijikkan ataupun menakutkan.

Kata "phobia" sendiri berasal dari istilah Yunani "**phobos**" yang berarti lari (*fight*), takut dan panik (*panic-fear*), takut hebat (*terror*). Istilah ini memang dipakai sejak zaman Hippocrates.

### **Secara umum gejala-gejala phobia sebagai berikut:**

1. Jantung berdebar kencang
2. Kesulitan mengatur napas
3. Dada terasa sakit
4. Wajah memerah dan berkeringat
5. Merasa sakit
6. Gemetar
7. Pusing
8. Mulut terasa kering
9. Merasa perlu pergi ke toilet
10. Merasa lemas dan akhirnya pingsan

### **Penyebab Phobia**

Phobia dapat disebabkan oleh berbagai macam hal :

1. Peristiwa traumatis di masa kecil. Pada umumnya phobia disebabkan pernah mengalami ketakutan yang hebat atau pengalaman pribadi yang disertai perasaan malu atau bersalah yang semuanya kemudian ditekan kedalam alam bawah sadar.
2. Faktor genetik atau keturunan. **Martin Seligman** di dalam teorinya yang dikenal dengan istilah *biological preparedness* mengatakan ketakutan yang menjangkiti tergantung dari relevansinya sang stimulus terhadap nenek moyang atau sejarah evolusi manusia, atau dengan kata lain ketakutan tersebut disebabkan oleh faktor keturunan. Seligman berkata bahwa kita sudah disiapkan oleh sejarah evolusi kita untuk takut terhadap sesuatu yang dapat mengancam survival kita.
3. Faktor lingkungan dan budaya. Perubahan-perubahan yang terjadi di berbagai bidang sering tidak seiring dengan laju perubahan yang terjadi di masyarakat, seperti dinamika dan mobilisasi sosial yang sangat cepat naiknya, antara lain pengaruh pembangunan dalam segala bidang dan pengaruh modernisasi, globalisasi, serta kemajuan dalam era informasi. Dalam kenyataannya perubahan-perubahan yang terjadi ini masih terlalu sedikit menjamah anak-anak sampai remaja. Seharusnya kualitas perubahan anak-anak melalui proses bertumbuh dan berkembangnya harus diperhatikan sejak dini khususnya ketika masih dalam periode pembentukan (*formative period*) tipe kepribadian dasar (*basic personality type*). Ini untuk memperoleh generasi penerus yang berkualitas.

**Ada beberapa jenis phobia :**

#### **1. Specific Phobia**

Specific phobia memiliki pengertian tentang kecemasan yang berlebihan terhadap sesuatu atau keadaan tertentu. Specific phobia pada anak meliputi ketakutan yang berlebihan dan tidak beralasan yang dapat mengganggu kehidupan ataupun fungsi sosial anak yang berlangsung minimal selama 6 bulan.

Anak dengan specific phobia akan merasa cemas ketika mereka fokus pada ketakutan mereka. Mereka akan mengalami kecemasan tingkat tinggi walaupun tidak sedang mengalami kontak dengan sumber ketakutannya. Kecemasan yang dialaminya dapat mengganggu prestasi akademik dan interaksi sosial mereka.

Beberapa *subtypes* yang dapat digunakan untuk mengindikasikan specific phobia adalah:

1. *Animal type* 300.29 (F40.218)→ dispesifikasikan jika ketakutan yang ditimbulkan disebabkan oleh binatang atau sejenis serangga. Tipe ini umumnya terjadi pada usia anak-anak.
2. *Natural environment type* 300.29 (F40.228)→ dispesifikasikan jika ketakutan yang ditimbulkan disebabkan oleh lingkungan alam, misalnya badai, ketinggian, atau air. Tipe ini umumnya terjadi pada usia anak-anak.
3. *Blood injection –injury type* 300.29 (F40.23x)→ dispesifikasikan jika ketakutan yang ditimbulkan disebabkan jika subjek melihat jarum suntik atau menerima suntikan.
4. *Situational type* 300.29 (F40.248)→ dispesifikasikan jika ketakutan yang ditimbulkan disebabkan oleh suatu situasi yang spesifik seperti transportasi umum, terowongan, jembatan, elevator, penerbangan, mengendarai mobil, atau tempat yang tertutup.
5. *Other type* 300.29 (F40.298)→ dispesifikasikan jika ketakutan yang ditimbulkan disebabkan oleh suatu situasi atau hal yang dapat membuat subjek merasa mual, tercekik, dan hal-hal yang membuatnya merasa sakit atau tidak nyaman. Misalnya anak kecil yang takut terhadap suara-suara yang keras.

## **2. Social Phobia atau Social Anxiety Disorder**

Social phobia memiliki karakteristik adanya ketakutan yang menetap ketika seseorang berada di lingkungan yang tidak familiar baginya, atau keyakinan bahwa ia akan tidak disukai oleh orang-orang di sekitarnya. Contohnya adalah anak yang selalu takut untuk berbicara di depan kelas. Kebanyakan orang akan merasa cemas di beberapa situasi sosial. Perbedaan mendasar dari kecemasan yang biasa dan social phobia adalah pada kecemasan biasa, kita dapat mengatasi kecemasan kita secara efektif, sedangkan pada social phobia tidak dapat mengatasinya.

Kecemasan yang dikarenakan social phobia akan mengganggu *performance* anak. Mereka biasanya akan memilih untuk menghindari situasi yang dapat membuat mereka mengalami kecemasan. Kecemasan mereka terhadap suatu situasi semakin lama akan semakin meningkat. Pada anak-anak, untuk menyatakan mereka mengalami social phobia, gejala yang dialami paling tidak berlangsung selama 6 bulan.

*Specific type* dari social phobia akan didiagnosis pada saat anak mengalami kecemasan tingkat tinggi pada satu atau dua situasi sosial. Sedangkan *general type* dari social phobia didiagnosis pada saat anak mengalami kecemasan tinggi di banyak situasi sosial. *General type* biasanya lebih parah dibandingkan *specific type*, hal ini dapat memunculkan gangguan lainnya, depresi, *conduct*, atau gangguan cemas lainnya.



## SELECTIVE MUTISM

"Mutism" berasal dari bahasa Latin "Mutus" yang berarti "membisu". Istilah ini awalnya ditemukan dalam literatur medis khusus tentang perkembangan bicara, yang mengemukakan "fenomena tidak mau bicara". Secara ilmiah, mutism itu suatu pertanda kebisuan pada manusia, meskipun organ pendengaran maupun organ bicaranya normal. Kondisi ini bersifat khas pada anak-anak dan jarang terjadi, dengan gejala tak mau bicara pada situasi tertentu. Anak-anak yang mutism bisa berbicara dengan lancar saat di rumah, tetapi pada situasi tertentu seperti di sekolah dia tidak mau berbicara. Hal inilah yang disebut mutism selektif. Syarat mutism adalah si anak tadinya sudah bisa bicara kemudian mogok bicara.

Anak mutism biasanya tidak mau berbicara di tempat-tempat tertentu, seperti sekolah. Dia juga tidak suka membicarakan hal yang ada hubungannya dengan fungsi sekolah atau kegiatan sosial lainnya. Perlu diketahui juga bahwa mutism tidak disebabkan karena gangguan komunikasi akibat irama kelancaran (seperti gagap) dan tidak disebabkan gangguan bicara karena gangguan mental (seperti autism). Kondisi mutism ini dapat menetap selama lebih dari satu bulan.

Selektif mutisme didefinisikan oleh the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-IV-TR & DSM-V)* sebagai gangguan terutama mempengaruhi anak-anak. Dalam beberapa kasus, remaja dan orang dewasa terus mengalami ketidakmampuan untuk berbicara di depan umum. Ketidakmampuan ini umumnya paling mematikan di sekolah, karena anak tidak bisa bersikap tegas dan berbicara saat dipanggil oleh guru. Pada orang dewasa, gangguan fungsional terjadi ketika berbicara di depan umum atau ceramah yang diperlukan dalam panggilan seseorang.

Selektif mutisme adalah gangguan yang pertama terjadi di masa kecil dan dapat terus menjadi remaja dan dewasa. Pada orang dewasa dengan gangguan ini, gangguan fungsional terjadi ketika berbicara di depan umum atau ceramah yang diperlukan dalam panggilan seseorang. Kecemasan sosial yang parah mungkin tidak jelas, karena orang itu benar-benar dapat berfungsi secara santai ketika menggunakan nonverbal yaitu, gerak tubuh, penandatanganan atau gaya komunikasi.

Serangan selektif mutisme dapat terjadi sejak usia sekolah tetapi umumnya terjadi pada masa remaja pertengahan menyusul sejarah masa kecil inhibisi sosial atau rasa malu yang berlebihan. Permulaan selektif mutisme sering tiba-tiba, yang terjadi setelah pengalaman sosial stressor atau memalukan dan biasanya terjadi ketika seorang anak pertama bersekolah (baik TK atau prasekolah). Seiring waktu, tingkat kecemasan cenderung meningkat sebagai anak-anak tidak "tumbuh dari" mutisme selektif. Selektif mutisme seiring sejalan dengan kepercayaan diri yang rendah, rasa malu, ketidaknyamanan dalam situasi sosial, seringkali bertahan sampai dewasa ketika berbicara di depan umum.

Kasus mutism rata-rata ditemukan pada anak usia 3-8 tahun. Pada kasus selektif mutism anak-anak, mereka mengalami ketakutan berlebih terhadap interaksi sosial di sekolah, taman latihan bermain, dan bersosialisasi. Anak dengan selektif mutism juga menjadi sangat cemas bila berbicara. Ketika anak tak ada respon, dia mengalami tekanan dan timbullah kecemasan. Selain itu, mereka biasanya sangat pemalu, dengan gejala-gejala seperti pendiam, wajah datar tanpa ekspresi dan tak ada senyum. Sedangkan gejala yang lainnya :

1. Kesulitan untuk berbicara disituasi sosial tertentu, semisal sekolah.
2. Gangguan berkomunikasi ini bisa terjadi lebih dari 1 bulan.

3. Ekspresi wajah kosong saat gelisah
4. Kurang tersenyum ketika cemas
5. Merasa canggung jika gelisah
6. Kesulitan kontak mata saat berinteraksi
7. Membutuhkan waktu lebih lama dari orang lain saat merespon pertanyaan
8. Tidak nyaman pada kondisi bising, gaduh, ramai orang
9. Over sensitif

Seringkali mutisme selektif dapat hidup berdampingan dengan fobia sosial, yang dapat menjadi pelopor untuk agoraphobia. Agoraphobia adalah fobia spesifik di mana ketakutan individu berada di tempat ramai. Orang dengan agoraphobia sering menjadi tinggal di rumah. Kelainan ini didefinisikan oleh ketakutan ditandai dan terus-menerus dari situasi sosial atau kinerja yang malu dapat terjadi; paparan situasi sosial atau kinerja hampir selalu menyebabkan reaksi kecemasan seperti serangan panik secara situasional terikat atau situasional cenderung.

Selektif mutisme secara signifikan mengganggu tingkat fungsi individu, sebagai individu tidak mampu menyelesaikan tugas-tugas pendidikan, sosial, dan keluarga diperlukan, dan gangguan emosi.

### **Penyebab Selektif Mutisme**

Penyebab selektif mutisme adalah multifaktorial. Pada anak mutisme selektif setelah stressor seperti sakit, perpisahan dari pengasuh mereka, atau pengalaman traumatis lainnya seperti penyalahgunaan atau penelantaran. Anak-anak lain dengan selektif mutisme memiliki keterlambatan bahasa yang mendasari atau gangguan (gangguan bahasa ekspresif paling sering) atau kecemasan sosial yang parah dan rasa malu.

Selain itu, faktor genetik dapat diidentifikasi karena insiden yang lebih tinggi fobia sosial dan selektif mutisme terjadi pada keluarga dengan anggota keluarga pertama dan kedua derajat dengan sejarah gangguan panik atau gangguan kecemasan lain.

Faktor biologis biasanya berperan sebagai kemungkinan penyebab mutisme selektif. Bagaimanapun, telah ditemukan bahwa anak-anak dengan mutisme selektif sewaktu-waktu dapat meningkat risikonya untuk gangguan perkembangan yang lain (termasuk gangguan bicara/bahasa, enuresis, enkopresis) dan EEG yang immatur. Hal ini mendukung secara biologis dasar dari gangguan maturasi dapat berperan sebagai etiologi dari mutisme selektif.

Diduga adanya proses regresi atau fiksasi pada perkembangan fase anal, dengan impuls destruktif atau perlawanan terhadap orangtuanya dan penentangan melawan eksperimen kemarahan kepada orangtua.

Kebanyakan studi menemukan bahwa tingkat mutisme selektif meningkat pada orangtua yang sakit secara psikologis ataupun dengan hubungan keluarga yang abnormal. Sering disebutkan berupa situasi keluarga yang terisolasi, setidaknya satu orangtua yang sangat pemalu atau tidak komunikatif, kehancuran rumah tangga, dan tekanan yang berlebihan terhadap ibu. Dalam hal ini, beberapa kasus telah dilaporkan bahwa mutisme muncul mengikuti penolakan yang keras terhadap sesuatu yang dikatakan anak.

Ditemukan bahwa awal mula terjadinya mutisme sering didasari perubahan lingkungan tertentu yang terlalu cepat, seperti imigrasi dari wilayah dengan bahasa yang berbeda, hospitalisasi, perpisahan yang signifikan dengan keluarga dan trauma fisik seperti kekerasan anak, pelecehan seksual ataupun cedera mulut.

## **BAB V**

### **Kekhususan Berhubungan dengan Komunikasi dan Relasi Sosial**

# AUTISM SPECTRUM DISORDER

Disusun oleh Dra. Yang Roswita, MSi

*Autism spectrum disorder* atau orang mengatakan sebagai Autis berasal dari kata “Autos” yang berarti sendiri. Penyandang autis seakan-akan hidup dalam dunianya sendiri. Istilah autis baru ditemukan oleh Leo Kanner pada tahun 1943, meskipun kelainan ini sudah ada sejak berabad-abad yang lampau, Leo Kanner yang suatu saat dalam pelaksanaan pekerjaan klinisnya mengamati bahwa sebelas anak yang mengalami gangguan, menunjukkan perilaku yang tidak ditemukan pada anak-anak dengan *retardasi mental* atau *schizophrenia*

*Autism Spectrum Disorder* dalam DSM-5™ termasuk dalam *Neurodevelopmental Disorder* yaitu kelompok gangguan dengan *onset* dalam periode perkembangan. Manifestasi gangguan terjadi pada awal masa perkembangan dan sebelum anak memasuki Sekolah Dasar, gangguan ditandai dengan defisit perkembangan personal, sosial, akademik dan juga fungsi okupasi. Tingkatan defisit perkembangan yang dialami anak dalam *Neurodevelopmental Disorder* bervariasi, sebagai contoh anak dengan autisme juga memiliki ketidakmampuan intelektual (*Intellectual Developmental Disorder*), anak dengan autisme juga memiliki *attention-deficit/hyperactivity disorder* (ADHD) sehingga memiliki gangguan dalam proses belajar.

*Autism Spectrum Disorder* ditandai dengan kekurangan yang menetap pada komunikasi sosial, interaksi sosial di beberapa konteks sosial, termasuk didalam kekurangan dalam relasi sosial yang timbal balik, menggunakan komunikasi non verbal untuk berinteraksi sosial, kurangnya ketrampilan untuk membina dan mempertahankan relasi sosial. Kekurangan dalam komunikasi sosial juga termasuk didalamnya, keterbatasan dalam aktivitas, minat dan perilaku repetitif (berulang). Diagnostik *Autism Spectrum Disorder* terkait dengan kondisi *neurodevelopmental*, kondisi mental atau gangguan perilaku. Gambaran spesifik diagnostik juga sebaiknya disertai dengan usia, dengan atau tanpa kehilangan ketrampilan yang telah ada, serta gambaran tentang tingkat keparahan gangguan tersebut.

## CIRI-CIRI

Beberapa hal di bawah ini adalah ciri-ciri anak autis yang nampak:

- a. Komunikasi  
Kemampuan berbahasa mengalami keterlambatan atau sama sekali tidak dapat berbicara. Menggunakan kata-kata tanpa menghubungkannya menjadi berarti yang biasa digunakan. Berkomunikasi dengan bahasa tubuh dan hanya dapat berkomunikasi dalam waktu singkat.
- b. Sosialisasi  
Lebih banyak menghabiskan waktunya untuk diri sendiri daripada dengan bergabung dengan orang lain. Tidak tertarik untuk berteman. Tidak bereaksi terhadap isyarat-isyarat dalam bersosialisasi atau berteman, misalnya tidak menatap lawan bicaranya atau tersenyum.
- c. Penginderaan  
Sensitif terhadap cahaya, pendengaran, sentuhan, penciuman dan rasa (lidah) dari mulai ringan sampai berat.
- d. Bermain  
Tidak spontan dan tidak dapat berimajinasi dalam bermain. Tidak bermain pura-pura
- e. Perilaku

Biasanya mereka seperti anak hiperaktif atau sebaliknya hipoaktif (pendiam). Marah tanpa alasan yang masuk akal. Seringkali sangat sulit mengubah rutinitas sehari-hari.

Menurut Handojo (2006), penyandang autisme mempunyai karakteristik antara lain:

- Selektif berlebihan terhadap rangsang
- Kurangnya motivasi untuk menjelajahi lingkungan baru
- Respon stimulasi diri sehingga mengganggu integrasi sosial
- Respon unik terhadap reinforcement, khususnya dari stimulasi luar. Anak merasa mendapat reinforcer berupa hasil penginderaan terhadap perilaku stimulasi dirinya, baik berupa gerakan maupun suara. Hal ini menyebabkan dia selalu mengulang perilakunya yang khas.

Indikator perilaku autistik pada anak-anak:

a. Bahasa/komunikasi

- Ekspresi wajah yang datar
- Tidak menggunakan bahasa / isyarat tubuh
- Jarang memulai komunikasi
- Tidak meniru aksi atau suara
- Bicara sedikit atau tidak ada, atau mungkin cukup verbal
- Mengulangi membeo kata-kata, kalimat-kalimat, atau nyanyian
- Intonasi/ritme vokal yang aneh
- Tampak tidak mengerti arti kata
- Mengerti dan menggunakan kata secara terbatas/harafiah

b. Hubungan dengan orang

- Tidak responsif
- Tidak ada senyum sosial
- Tidak berkomunikasi dengan mata
- Kontak mata terbatas
- Tampak asyik bila dibiarkan sendiri
- Tidak melakukan permainan giliran
- Menggunakan tangan orang dewasa sebagai alat

c. Hubungan dengan lingkungan

- Bermain repetitif (diulang-ulang)
- Marah atau tak menghendaki perubahan-perubahan
- Berkembangnya rutinitas yang kaku (rigid)
- Memperlihatkan ketertarikan yang sangat dan tak fleksible.

d. Respon terhadap rangsangan indera/sensoris

- Kadang seperti tuli
- Panik terhadap suara-suara tertentu
- Sangat sensitif terhadap suara
- Bermain-main dengan cahaya dan pantulan
- Memainkan jari-jari di depan mata

- Menarik diri ketika disentuh
  - Sangat tidak suka terhadap pakaian dan makanan, dll tertentu
  - Tertarik pada pola / tekstur / bau tertentu
  - Sangat inaktif atau hiperaktif
  - Mungkin memutar-mutar, berputar-putar, membentur-bentur kepala, menggigit pergelangan
  - Melompat-lompat atau mengepak-ngepakkan tangan
  - Tahan atau berespon aneh terhadap nyeri
- e. Kesenjangan perkembangan perilaku
- Kemampuan mungkin sangat baik atau sangat terlambat
  - Mempelajari ketrampilan di luar urutan normal, misalnya: membaca, tapi tidak mengerti arti
  - Menggambar secara rinci, tapi tidak dapat mengancing baju
  - Pintar mengerjakan puzzle, tapi amat sukar mengikuti perintah
  - Berjalan pada usia normal, tetapi tidak berkomunikasi
  - Lancar membeo bicara, tapi sulit bicara dari diri sendiri
  - Suatu waktu dapat melakukan sesuatu, tapi tidak lain waktu tidak

### **Kriteria Diagnostik**

Menurut DSM 5 gangguan spektrum autisme dapat ditegakkan dengan kriteria diagnostik sebagai berikut:

- A. Defisit terus-menerus dalam komunikasi sosial dan interaksi sosial di beberapa konteks, sebagai berikut :
1. Defisit dalam timbal balik sosial-emosional, misalnya, dari pendekatan sosial yang abnormal dan kegagalan percakapan timbal balik secara normal, kurangnya minat, emosi, atau perasaan, kegagalan untuk memulai atau menanggapi interaksi sosial.
  2. Defisit dalam perilaku komunikatif nonverbal digunakan untuk interaksi sosial, misalnya, dari komunikasi verbal dan nonverbal kurang terintegrasi; kelainan dalam kontak mata dan bahasa tubuh atau defisit dalam pemahaman dan penggunaan gerakan : untuk total kurangnya ekspresi wajah dan komunikasi nonverbal.
  3. Defisit dalam mengembangkan, memelihara dan pemahaman hubungan, misalnya, dari kesulitan menyesuaikan perilaku sesuai dengan berbagai konteks sosial; kesulitan dalam bermain imajinatif atau membuat teman-teman, tidak adanya minat dengan teman sebaya.
- B. Pola-pola perilaku yang repetitif dan terbatas, ketertarikan, atau aktivitas, sebagai manifestasi paling sedikit dua hal di bawah ini baik secara langsung maupun berdasar riwayat:
1. Gerakan motor repetitif atau khas, penggunaan objek, atau kemampuan bicara (contohnya gerakan motorik simpel, membariskan mainan atau membalik objek, ekolali, frasa-frasa yang aneh).

2. Pemaksaan kesamaan, tidak fleksibel, kekakuan terhadap rutinitas, ritual atau pola perilaku verbal atau nonverbal (misalnya merasakan tekanan yang ekstrem pada perubahan kecil, kesulitan dengan transisi, pola pemikiran yang kaku, ritual ucapan, kemauan mengambil rute yang sama atau makan makanan yang sama setiap hari).
  3. Sangat terbatas, terpaku pada kepentingan yang abnormal dalam intensitas atau fokus (misalnya keterikatan yang kuat dengan atau keasyikan dengan objek yang tidak biasa, kepentingan terlalu dibatasi atau perseveratif).
  4. Hiper atau hiporeaktif terhadap input sensorik atau kepentingan yang tidak biasa dalam aspek sensorik dari lingkungan (misalnya ketidakacuhan terhadap nyeri/suhu, respon negatif terhadap suara atau tekstur tertentu, berlebihan mencium atau menyentuh benda, daya tarik visual dengan cahaya atau gerakan).
- C. Gejala harus muncul di awal periode perkembangan (tapi mungkin tidak sepenuhnya terwujud sampai tuntutan sosial melebihi kapasitasnya yang terbatas, atau dapat ditutupi oleh strategi belajardi kemudian hari).
- D. Gejala menyebabkan gangguan klinis yang signifikan dalam bidang sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya saat ini.
- E. Gangguan ini tidak lebih baik dijelaskan oleh cacat intelektual (gangguan perkembangan intelektual) atau keterlambatan perkembangan global. Cacat intelektual dan gangguan spektrum autisme sering bersama-terjadi, untuk membuat diagnosa komorbiditas gangguan spektrum autisme dan cacat intelektual, komunikasi sosial di syaratkan berada di bawah kemampuan umum anak seusianya

# COMMUNICATION DISORDER

Disusun oleh Dra Sri Sumijati, MSi

*Communication disorder* meliputi defisit pada bahasa (*language*), kemampuan bicara (*speech*) dan komunikasi. Kemampuan bicara (*speech*) adalah produksi suara ekspresif dan meliputi artikulasi, kefasihan (*fluency*), suara serta kualitas resonansi individu. Bahasa meliputi bentuk, fungsi dan penggunaan sistem simbol konvensional (misalnya kata-kata yang diucapkan, bahasa isyarat, kata-kata yang tertulis, gambar) dalam suatu aturan berkomunikasi. Komunikasi meliputi berbagai perilaku verbal maupun non-verbal (baik bertujuan maupun tidak) yang mempengaruhi perilaku, ide atau sikap individu lain. Pengukuran kemampuan bicara, bahasa dan komunikasi harus dilakukan dengan memperhatikan konteks budaya dan bahasa, khususnya untuk individu yang tumbuh dalam lingkungan dwibahasa (*bilingual*).

## LANGUAGE DISORDER

### Kriteria Diagnostik

- A. Kesulitan menetap dalam pemerolehan dan penggunaan bahasa pada berbagai modalitas (misalnya lisan, tertulis, bahasa isyarat dst.) berkaitan dengan defisit pada pemahaman atau produksi bahasa yang meliputi hal-hal sebagai berikut:
  1. Kosakata yang terbatas. Kosakata adalah pengetahuan tentang kata dan penggunaannya.
  2. Struktur kalimat yang terbatas. Struktur kalimat berkaitan dengan kemampuan untuk memilih kata dan membentuknya menjadi kalimat yang benar sesuai dengan aturan tata bahasa dan morfologi.
  3. Kelemahan pada kemampuan bercakap-cakap. Kemampuan bercakap-cakap berkaitan dengan kemampuan untuk menggunakan perbendaharaan kata dan menghubungkan kalimat untuk menerangkan atau mendeskripsikan suatu topik atau peristiwa atau untuk bercakap-cakap).
- B. Kemampuan berbahasa secara substansial dan secara kuantitas berada di bawah kemampuan yang diharapkan untuk individu seusianya, yang berakibat pada terbatasnya fungsi untuk berkomunikasi secara efektif, partisipasi sosial, prestasi akademik atau kinerja dalam pekerjaan (secara terpisah maupun bersama-sama).
- C. Gejala gangguan ini mulai dialami individu pada awal periode perkembangan (pada saat masih kecil).
- D. Kesulitan yang dialami tidak dapat diatribusikan pada kelemahan pendengaran atau sensoris lain, disfungsi motorik atau kondisi medis atau neurologis lain serta tidak dapat dijelaskan lebih baik dengan disabilitas intelektual (*intellectual developmental disorder*) atau keterlambatan perkembangan global.

### Ciri-ciri Diagnostik

Ciri utama dari *language disorder* adalah kesulitan dalam pemerolehan dan penggunaan bahasa yang berkaitan dengan pemahaman dan produksi kosakata, struktur kalimat dan kemampuan bercakap-cakap. Keterbatasan bahasa nampak dalam komunikasi lisan, komunikasi tertulis maupun bahasa isyarat. Belajar tentang bahasa dan penggunaannya tergantung kepada keterampilan reseptif dan ekspresif. Keterampilan ekspresif mengacu pada kemampuan untuk memproduksi sinyal-sinyal vokal, gestural maupun verbal, sedangkan keterampilan reseptif mengacu kepada proses penerimaan dan pemahaman pesan bahasa yang datang dari luar diri individu. Keterampilan berbahasa perlu diukur baik dalam hal ekspresif maupun reseptif karena terkadang keduanya berbeda tingkat keparahannya.



*Language disorder* biasanya mempengaruhi kosa kata dan tata bahasa, dan hal ini kemudian berpengaruh terhadap terbatasnya kapasitas untuk bercakap-cakap. Pada awalnya kata-kata dan frase pertama anak terlambat muncul, kosa katanya sedikit dan kurang bervariasi (dibandingkan dengan anak seusianya), kalimat-kalimatnya lebih pendek dan kurang kompleks dengan kesalahan gramatikal. Kelemahan komunikasi ini seringkali dianggap enteng karena anak mungkin bisa menggunakan konteks untuk memahami arti kata/kalimat/komunikasi orang lain.

### **Hal Penting yang Berhubungan dengan Diagnosis**

Penderita *language disorder* seringkali memiliki keluarga dengan riwayat *language disorder* pula. Anak dari keluarga seperti ini biasanya menunjukkan perilaku tertentu sesuai dengan keterbatasan bahasanya. Mereka mungkin nampak malu atau sedikit bicara, lebih menyukai berkomunikasi hanya dengan anggota keluarga atau individu lain yang sudah familiar. Meskipun demikian indikator sosial ini bukan merupakan ciri diagnostik dari *language disorder*, bila hal itu nampak jelas dan bertahan lama maka perlu disarankan untuk melakukan asesmen bahasa secara menyeluruh.

### **Perkembangan Gangguan**

Pemerolehan bahasa ditandai oleh perubahan dari kompetensi bahasa yang dikuasai pada masa kanak-kanak ke tingkat kompetensi dewasa yang muncul pada masa remaja. Perubahan nampak terjadi pada dimensi bahasa (suara, kata-kata, tata bahasa, *narrative/expository text* dan keterampilan bertanya jawab) sesuai dengan tingkat usia. *Language disorder* muncul selama periode perkembangan awal; namun ada variasi yang mencolok pada pemerolehan kosa kata awal dan kombinasi kata awal, dan perbedaan individual bukan merupakan satu-satunya indikator prediksi yang paling tepat pada hasil terjadi di kemudian hari. Sekitar usia 4 tahun, perbedaan individual dalam kemampuan berbahasa lebih stabil, dan hal ini dapat memprediksi kemampuan berbahasa anak di kemudian hari. *Language disorder* yang didiagnosis sejak usia 4 tahun nampak lebih stabil selama beberapa waktu dan secara khas bertahan sampai usia dewasa, meskipun profil kekuatan dan kelemahan bahasa yang khas nampak berubah sepanjang masa perkembangan.

### **Faktor Risiko dan Faktor Prognostik**

Anak-anak dengan kelemahan pada bahasa reseptif memiliki prognosis yang lebih buruk dibandingkan dengan anak-anak yang memiliki kelemahan pada bahasa ekspresif. Mereka lebih sulit diberikan tritmen, dan seringkali menunjukkan kesulitan pada pemahaman bacaan (*reading comprehension*).

Faktor genetik dan fisiologis. *Language disorder* sangat erat kaitannya dengan faktor keturunan (*highly heritable*).

### **Diagnosis Banding**

Variasi normal dalam bahasa. *Language disorder* perlu dibedakan dari variasi perkembangan bahasa normal, dan pembedaan ini mungkin sulit dibuat sebelum anak berusia 4 tahun. Variasi bahasa yang bersifat kedaerahan, sosial atau budaya (misalnya dialek) harus menjadi bahan pertimbangan saat melakukan asesmen terhadap seorang individu dengan kelemahan bahasa.

Kelemahan pendengaran atau indera yang lain. Kelemahan pendengaran perlu disingkirkan sebagai penyebab utama kesulitan bahasa. Kekurangan dalam bahasa mungkin berkaitan dengan kelemahan pendengaran, kelemahan indera yang lain atau kelemahan pada motorik-bicara (*speech-motor deficit*).

*Intellectual disability (intellectual developmental disorder)*. Keterlambatan bahasa seringkali muncul pada ketidakmampuan intelektual, dan diagnosis yang definitif belum bisa dibuat sampai bisa dilakukan asesmen lengkap dengan metode terstandar terhadap anak tersebut. Diagnosis terpisah tidak diberikan kecuali kalau kelemahan bahasa yang muncul sangat jelas merupakan akibat dari keterbatasan intelektual.

Gangguan neurologis. *Language disorder* dapat dialami berkaitan dengan gangguan neurologis, seperti epilepsi (misalnya afasia atau sindrom Landau-Kleffner).

Regresi bahasa. Kehilangan kemampuan bicara dan bahasa pada anak di bawah usia 3 tahun bisa jadi merupakan tanda autistic spectrum disorder (dengan regresi perkembangan lainnya) atau kondisi neurologis spesifik, seperti sindrom Landau-Kleffner. Di antara anak-anak yang berusia di atas 3 tahun, kehilangan bahasa bisa jadi merupakan gejala serangan (pada epilepsi), dan dibutuhkan asesmen diagnostik untuk menyingkirkan kemungkinan epilepsi sebagai penyebabnya.

#### **Komorbiditas**

*Language disorder* sangat berasosiasi dengan gangguan neurodevelopmental lainnya seperti gangguan belajar spesifik, ADHD, ASD dan *developmental coordination disorder*.

### **SPEECH SOUND DISORDER**

#### **Kriteria Diagnostik**

- A. Kesulitan menetap untuk berbicara dengan bersuara sehingga mengganggu kemampuan untuk berbicara dengan jelas atau menghambat dalam mengkomunikasikan pesan secara verbal.
- B. Gangguan ini menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif sehingga mengganggu partisipasi sosial, pencapaian prestasi dalam bidang akademik maupun pekerjaan.
- C. Onset pada awal periode perkembangan.
- D. Kesulitan ini tidak dapat diatribusikan pada cerebral palsy, cleft palate, ketulian atau kehilangan pendengaran, traumatic brain injury atau kondisi medis atau neurologis lainnya, baik yang bersifat bawaan maupun yang diperoleh kemudian.

#### **Ciri-ciri Diagnostik**

*Speech sound* mendiskripsikan artikulasi fonem yang jelas, yang dalam kombinasinya membentuk kata-kata yang diucapkan. Hal itu membutuhkan pengetahuan fonologis dari *speech sound* dan kemampuan untuk mengkoordinasikan antara gerakan artikulator (yaitu rahang, lidah dan bibir) dengan aktivitas bernafas dan bersuara saat bicara. Anak-anak dengan kesulitan produksi bicara mungkin memiliki kesulitan pada salah satu hal tersebut dengan derajat yang berbeda-beda. Diagnosis *speech sound disorder* dapat ditegakkan bila produksi *speech sound* tidak sesuai dengan usia dan tahap perkembangan anak dan bila kelemahan yang terjadi bukan karena kelemahan fisik, struktur, neurologis, atau kelemahan pendengaran. Di antara anak usia 4 tahun seluruh pengucapan anak sudah harus jelas, sedangkan pada anak usia 2 tahun hanya 50% pengucapannya yang bisa dipahami.

#### **Ciri-ciri yang mendukung diagnosis**

*Language disorder*, khususnya kelemahan pada kemampuan ekspresif, mungkin ditemukan bersama-sama dengan *speech sound disorder* dan hal ini erat kaitannya dengan hereditas.

Bila kemampuan untuk mengkoordinir artikulator dengan cepat merupakan aspek yang lemah, mungkin anak memiliki sejarah keterlambatan dan kesulitan untuk mengkoordinasi berbagai hal yang dibutuhkan untuk dapat memproduksi suara saat bicara. Area lain dari koordinasi motorik mungkin mengalami kelemahan. *Speech production problem* juga disebut sebagai verbal dyspraxia.

### Perkembangan

Artikulasi suara bicara mengikuti suatu pola perkembangan. Adalah sesuatu yang biasa terjadi pada anak yang sedang berkembang bila mereka memendekkan kata atau suku kata saat mereka belajar bicara, tetapi saat berusia sekitar 3 tahun mereka sudah harus mulai bicara dengan artikulasi suara yang jelas.

Sebagian besar pembicaraan anak yang berusia sekitar 7 tahun harus bisa disuarakan dengan jelas. Biasanya ada beberapa fonem yang masih belum jelas diucapkan anak seusia itu dan perlu dikembangkan lebih lanjut, misalnya l, r, s, z, th, ch. Kadang juga terjadi lispings (yaitu misartikulasi suara mendesis).

Sebagian besar anak dengan *speech sound disorder* merespon tritmen dengan baik, dan menunjukkan kemajuan yang baik. Namun bila gangguan ini juga disertai dengan *language disorder* maka prognosisnya menjadi lebih buruk dan mungkin beraosisasi dengan *specific learning disorder*.

### Diagnosis banding

Variasi normal dalam bicara. Sebelum membuat diagnosis harus dipertimbangkan terlebih dahulu variasi bicara kedaerahan, sosial atau kultural/etnik.

Kelemahan pada kemampuan mendengar atau indera lain. Kelemahan pendengaran atau ketulian dapat berakibat pada abnormalitas bicara. Kelemahan pada *speech sound production* dapat berasosiasi dengan kelemahan pendengaran, kelemahan indera lainnya atau kelemahan motorik bicara.

Kelemahan struktur fisiologis. Kelemahan dalam berbicara mungkin berkaitan dengan kelemahan struktural (misalnya cleft palate).

Dysarthria. Kelemahan bicara mungkin dapat diatribusikan pada gangguan motorik, seperti cerebral palsy.

Selective mutism. Penggunaan bahasa yang terbatas mungkin merupakan gejala *selective mutism*, suatu gangguan kecemasan yang ditandai oleh kurangnya bicara pada satu atau lebih konteks/setting. *Selective mutism* mungkin dialami anak dengan gangguan bicara karena adanya rasa malu akibat kelemahannya, tetapi banyak anak dengan *selective mutism* menunjukkan kemampuan bicara yang normal pada setting yang "aman", seperti di rumah atau dengan teman dekat.

## CHILDHOOD-ONSET FLUENCY DISORDER (STUTTERING)

### Kriteria Diagnostik

- A. Gangguan pada kelancaran dan pemolaan waktu bicara normal yang tidak sesuai dengan usia dan keterampilan berbahasa seseorang, bersifat menetap, dan ditandai oleh kemunculan terus menerus dan jelas salah satu (atau lebih) hal-hal berikut ini:
  1. Pengulangan suara atau suku kata.
  2. Perpanjangan suara konsonan atau vokal
  3. Kata-kata yang terputus (misalnya ada jeda dalam suatu kata)
  4. Ada blocking yang terdengar maupun tidak terdengar (jeda dalam bicara yang diisi atau tidak diisi)
  5. Circumlocution (penggantian kata untuk menghindari kata yang bermasalah)
  6. Produksi kata disertai oleh tegangan fisik yang ekssesif
  7. Pengulangan kata monosyllabic (misalnya "I-I-I-I see him")
- B. Gangguan ini menyebabkan kecemasan untuk bicara atau membatasi komunikasi efektif, partisipasi sosial, kinerja akademik maupun pekerjaan, secara terpisah ataupun kombinasi hal-hal tersebut.
- C. Onset gejala ini terjadi pada awal periode perkembangan.

- D. Gangguan tidak dapat diatribusikan pada defisit motorik bicara atau sensoris, ketidaklancaran bicara yang berasosiasi dengan problem neurologis (misalnya stroke, tumor, trauma) atau kondisi medis lain dan tidak bisa dijelaskan lebih baik dengan gangguan mental lainnya.

### **Ciri-ciri Diagnostik**

Tingkat gangguan bervariasi dari satu situasi ke situasi lain dan seringkali menjadi lebih parah bila ada tekanan khusus untuk berkomunikasi (misalnya menyampaikan laporan lisan di sekolah, menjalani wawancara pekerjaan). Ketidaklancaran seringkali tidak muncul selama membaca bersuara, menyanyi atau saat bicara dengan benda mati atau binatang peliharaan.

### **Ciri-ciri yang Mendukung Diagnosis**

Seseorang mungkin mengembangkan antisipasi terhadap rasa takutnya berkaitan dengan stuttering. Pembicara mungkin menghindari ketidaklancaran bicara dengan mekanisme linguistik (misalnya mengubah kecepatan bicara, menghindari kata atau suara tertentu) atau dengan menghindari situasi bicara tertentu, seperti menelepon atau bicara di depan umum. Stres dan kecemasan memperparah ketidaklancaran bicara.

Stuttering yang munculnya pada masa kanak-kanak mungkin disertai dengan gerakan motorik (misalnya mata berkedip-kedip, tics, tremor pada bibir atau wajah, sentakan kepala, gerakan bernafas, mengepalkan telapak tangan).

### **Perkembangan**

Gangguan kelancaran bicara yang onsetnya pada masa kanak-kanak atau developmental stuttering, 80-90% terjadi pada usia sekitar 6 tahun, dengan usia onset berkisar dari 2 sampai 7 tahun. Onset (kemunculan pertama) bisa tidak diketahui atau tiba-tiba saja muncul, tetapi secara khas stuttering ini dimulai secara bertahap, misalnya dengan pengulangan huruf awal kata atau kata pertama dari suatu frase. Awalnya anak mungkin juga tidak menyadari ketidaklancaran ini, lalu terus berkembang. Saat anak kemudian menyadari hal itu maka ia mungkin mengembangkan mekanisme untuk menghindari ketidaklancaran bicara tersebut, misalnya dengan menghindari bicara di depan umum dan bicara dengan kalimat pendek dan sederhana. Penelitian longitudinal menunjukkan bahwa 65-85% anak dapat sembuh dan tingkat keparahan pada usia 8 tahun digunakan untuk memprediksi apakah anak dapat disembuhkan atau akan bertahan sampai remaja atau dewasa.

### **Faktor Risiko dan Prognostik**

Genetik dan fisiologis. Anak-anak keturunan pertama dari orangtua yang memiliki riwayat stuttering dengan onset anak-anak memiliki risiko lebih dari tiga kali (*more than three times*) lebih tinggi daripada populasi umum.

### **Diagnosis Banding**

Defisit sensoris. Ketidaklancaran bicara mungkin berasosiasi dengan kelemahan pendengaran atau defisit sensoris lainnya atau defisit motorik bicara.

Ketidaklancaran bicara normal. Gangguan ini harus dibedakan dari ketidaklancaran bicara yang normal pada anak-anak.

Efek samping pengobatan medis. Stuttering dapat muncul sebagai efek samping pengobatan medis.

Ketidaklancaran bicara dengan onset dewasa. Bila ketidaklancaran bicara itu muncul selama masa remaja atau setelahnya maka disebut “adult-onset dysfluency” dan bukan merupakan gangguan neurodevelopmental.

Tourette's disorder. Stuttering onset anak-anak mempunyai kemiripan dengan Tourette's disorder pada tics vokal dan pengulangan vokalisasi, sehingga perlu untuk membedakan keduanya.

## **SOCIAL (PRAGMATIC) COMMUNICATION DISORDER**

### **Kriteria Diagnostik**

- A. Kesulitan menetap pada penggunaan komunikasi verbal dan nonverbal secara sosial yang muncul pada hal-hal berikut:
  - 1. Kelemahan dalam penggunaan komunikasi untuk tujuan sosial, seperti menyapa dan membagikan informasi dengan cara yang sesuai dengan konteks sosial.
  - 2. Kelemahan pada kemampuan untuk mengubah komunikasi untuk menyesuaikan dengan konteks atau kebutuhan pendengar, misalnya bicara dengan cara berbeda antara ketika di kelas dan di tempat bermain, bicara dengan cara berbeda ketika dengan anak-anak dan dengan orang dewasa, dan menghindari penggunaan bahasa formal yang berlebihan.
  - 3. Kesulitan untuk mengikuti aturan percakapan dan bercerita, seperti pengambilan giliran dalam percakapan, mengulang frase saat tidak paham, dan mengetahui bagaimana menggunakan tanda-tanda verbal dan nonverbal untuk berinteraksi.
  - 4. Kesulitan untuk memahami hal-hal yang tidak dikatakan secara eksplisit (membuat kesimpulan) dan arti kata yang tidak literer atau ambigu (misalnya idiom, humor, metafora, arti ganda yang interpretasinya tergantung pada konteks)
- B. Kelemahan ini berakibat pada keterbatasan fungsional pada komunikasi efektif, partisipasi sosial, relasi sosial, prestasi akademik atau kerja, baik secara terpisah maupun kombinasi hal-hal tersebut.
- C. Onset gangguan ini muncul pada awal periode perkembangan.
- D. Gejalanya tidak dapat diatribusikan pada kondisi medis atau neurologis lain atau pada kemampuan yang rendah pada domain struktur kata dan tata bahasa, dan tidak lebih baik dijelaskan sebagai gangguan spektrum autisme, intellectual disability, keterlambatan perkembangan global, atau mental disorder lainnya.

### **Ciri-ciri yang mendukung diagnosis**

Hal yang berkaitan dengan gangguan ini adalah kelemahan bahasa, yang ditandai oleh sejarah keterlambatan dalam mencapai milestone bahasa. Individu dengan gangguan ini biasanya menghindari interaksi sosial.

### **Perkembangan**

Karena komunikasi sosial (pragmatis) tergantung pada kemajuan perkembangan bicara dan bahasa yang adekuat, maka diagnosis untuk gangguan ini jarang ditegakkan pada anak sebelum usia 4 tahun. Sekitar usia 4 atau 5 tahun sebagian besar anak harus sudah memiliki kemampuan bicara dan bahasa yang adekuat. Bentuk gangguan yang lebih ringan mungkin baru akan nampak pada awal masa remaja, saat bahasa dan interaksi sosial menjadi lebih kompleks.

Sebagian anak bisa mengalami kemajuan positif, tetapi ada juga yang terus mengalami gangguan ini sampai dewasa. Meskipun dalam perkembangannya ada kemajuan positif, namun kelemahan yang dialami pada masa kecil akan berakibat panjang pada relasi sosial dan perilaku, dan dalam pemerolehan keterampilan lainnya seperti keterampilan menulis ekspresif.

### **Faktor Risiko dan Prognostik**

Genetik dan fisiologis. Adanya sejarah gangguan spektrum autisme, gangguan komunikasi atau gangguan belajar spesifik dalam keluarga meningkatkan risiko gangguan ini.

## **Diagnosis banding**

Autism spectrum disorder (gangguan spektrum autis). ASD adalah diagnostik primer untuk individu dengan defisit komunikasi sosial. Kedua gangguan ini dapat dibedakan karena pada ASD ditemukan pola perilaku, interes atau aktivitas yang terbatas/repetitif, sedangkan pada social (pragmatic) communication hal itu tidak muncul.

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Defisit primer ADHD juga dapat berpengaruh pada kelemahan komunikasi sosial dan keterbatasan fungsional dari komunikasi yang efektif, partisipasi sosial atau prestasi akademik.

Social anxiety disorder (social phobia). Gejala *social communication disorder* saling tumpang tindih (overlap) dengan gejala *social anxiety disorder*. Ciri yang membedakan adalah waktu munculnya gejala (onset)nya. Pada *social communication disorder*, individu tidak pernah memiliki komunikasi sosial yang efektif, sedangkan pada *social anxiety disorder* keterampilan komunikasi sosial berkembang semestinya tetapi tidak digunakan karena adanya kecemasan, rasa takut atau distres tentang interaksi sosial.

Intellectual disability dan global developmental delay. Individu dengan *global developmental delay* atau *intellectual disability* mungkin memiliki kelemahan pada keterampilan komunikasi sosial, tetapi diagnosis terpisah baru bisa ditegakkan bila dapat dibuktikan bahwa *social communication disorder* jelas bukan merupakan akibat dari keterbatasan intelektual.

## **UNSPECIFIED COMMUNICATION DISORDER**

Kategori ini digunakan bila ciri-ciri gangguan ini muncul tetapi tidak memenuhi seluruh kriteria *communication disorder* atau salah satu dari gangguan neurodevelopmental lainnya.

## **SUMBER**

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

## **BAB V**

# **Macam-macam Intervensi**

# INTERVENSI UNTUK ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Disusun oleh Dr. Endang Widyorini, MS, Psi

## 1. Terapi Okupasi

Terapi okupasi umumnya menekan pada kemampuan motorik halus, selain itu terapi okupasi juga bertujuan untuk membantu seseorang agar dapat melakukan kegiatan keseharian, aktifitas produktifitas dan pemanfaatan waktu luang. Terapi okupasi terpusat pada pendekatan sensori atau motorik atau kombinasinya untuk memperbaiki kemampuan anak untuk merasakan sentuhan, rasa, bunyi, dan gerakan. Terapi juga meliputi permainan dan keterampilan sosial, melatih kekuatan tangan, genggaman, kognitif dan mengikuti arah. Terapi okupasi diperlukan oleh anak/orang dewasa yang mengalami kesulitan belajar, hambatan motorik (*cedera, stroke, traumatic brain injury*), autisme, *sensory processing disorders*, cerebral palsy, down syndrome, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, *genetic disorders*, asperger's syndrome, kesulitan belajar, keterlambatan wicara, gangguan perkembangan (*Cerebral Palsy/CP*), *Pervasive Developmental Disorder (PDD)* dan keterlambatan tumbuh kembang lainnya.

Jenis terapi okupasi bisa berupa:

- (a). Fisik : memberikan terapi yang membantu melatih gerakan kaki dan atau tangan. Misalnya saja dengan lempar bola, menyusun puzzle, menendang bola, dll
- (b) Mental : memberikan terapi yang dapat melatih dan mengembangkan bakat, kreativitas dan rasa percaya diri. Misalnya saja dengan menari, menyulam, menempel, dll.

**Tujuan terapi okupasi ada dua macam**

- a. Terapi yang ditujukan untuk melatih kekuatan otot dan syaraf serta fungsi gerak
- b. Terapi yang ditujkan sebagai hiburan/kesenangan agar dapat mengurangi rasa rendah diri & memupuk semangat kerja

Kegiatan terapi okupasi bentuknya bisa a. ADL (*Activity Day Learning*) : terapi yang dilakukan dengan memberikan ketrampilan hidup lebih mandiri dan trampil. Misalnya saja dengan latihan menali sepatu, latihan mengancingkan baju, dll; atau b. Permainan : terapi yang berbentuk bermain untuk memberikan kesenangan dan sosialisasi yang baik. Misalnya dengan bermain lempar bola, bermain tebak kata, dll.

Terapi okupasi bisa dilakukan secara perorangan : terapi yang dilakukan secara individual. Hal ini dapat terjadi karena anak yang masih sulit beradaptasi dengan lingkungannya atau kurang kooperatif, maupun secara berkelompok terapi yang dilakukan secara bersamaan dengan kegiatan yang membuat perlu adanya kebersamaan

Menurut Creek (2003) okupasi terapi bergerak pada tiga area, atau yang biasa disebut dengan occupational performance yaitu, activity of daily living (perawatan diri), productivity (kerja), dan leisure (pemanfaatan waktu luang). Bagaimanapun setiap individu yang hidup memerlukan ketiga komponen tersebut. Individu-individu tersebut perlu melakukan perawatan diri seperti aktivitas makan, mandi, berpakaian, berhias, dan sebagainya tanpa memerlukan bantuan dari orang lain. Individu juga perlu bekerja untuk bisa mempertahankan hidup dan mendapat kepuasan atau makna dalam hidupnya.

Selain itu, penting juga dalam kegiatan refreasing, penyaluran hobi, dan pemanfaatan waktu luang untuk melakukan aktivitas yang bermanfaat disela-sela kepenatan bekerja. Semua itu terangkum dalam terapi okupasi yang bertujuan mengembalikan fungsi individu agar menemukan kembali makna atau arti hidup meski telah mengalami gangguan fisik atau mental.



Terapi okupasi ini bisa berupa :

### 1. **Aktivitas Sehari-hari**

Aktivitas sehari-hari atau yang dikenal sebagai [Activity of Daily Living](#) adalah aktivitas yang ditujukan untuk merawat diri yang juga disebut Basic Activities of Daily Living atau Personal Activities of Daily Living terdiri dari: kebutuhan dasar fisik (makan, cara makan, kemampuan berpindah, merawat benda pribadi, tidur, buang air besar, mandi, dan menjaga kebersihan pribadi) dan fungsi kelangsungan hidup (memasak, berpakaian, berbelanja, dan menjaga lingkungan hidup seseorang agar tetap sehat).

### 2. Bekerja

Ini merupakan kegiatan produktif, baik dibayar atau tidak dibayar. Pekerjaan di mana seseorang menghabiskan sebagian besar waktunya biasanya menjadi bagian penting dari identitas pribadi dan peran sosial, memberinya posisinya dalam masyarakat, dan rasa nilai sendiri sebagai anggota yang ikut berperan. Pekerjaan secara individu memiliki banyak fungsi yaitu pekerjaan memberikan orang peran utama dalam masyarakat dan posisi sosial, pekerjaan sebagai sarana dari mata pencaharian, memberikan struktur untuk pembagian waktu untuk kegiatan lain yang dapat direncanakan, dapat memberikan rasa tujuan hidup dan nilai hidup, dapat menjadi bagian penting dari identitas pribadi seseorang dan sumber harga diri, dapat menjadi forum untuk bertemu orang-orang dan membangun hubungan, dan dapat menjadi suatu kepentingan dan sumber kepuasan.

### 3. Pengembangan hobi/hiburan

**Mengisi waktu luang adalah aktivitas yang dilakukan pada waktu luang yang bermotivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien. Aktivitas tidak wajib yang pada hakekatnya kebebasan beraktivitas. Adapun jenis-jenis aktivitas waktu luang seperti menjelajah waktu luang (mengidentifikasi minat, keterampilan, kesempatan, dan aktivitas waktu luang yang sesuai) dan partisipasi waktu luang (merencanakan dan berpartisipasi dalam aktivitas waktu luang yang sesuai, mengatur keseimbangan waktu luang dengan kegiatan yang lainnya, dan memperoleh, memakai, dan mengatur peralatan dan barang yang sesuai).**

## 2. **Terapi Sensori Integrasi**

▮ Sensori integrasi berarti kemampuan untuk mengolah dan mengartikan seluruh rangsang sensoris yang diterima dari tubuh maupun lingkungan, dan kemudian menghasilkan respons yang terarah. Aktivitas fisik yang terarah, bisa menimbulkan respons yang adaptif yang makin kompleks. Dengan demikian efisiensi otak makin meningkat.

▮ Terapi sensori integrasi meningkatkan kematangan susunan saraf pusat, sehingga ia lebih mampu untuk memperbaiki struktur dan fungsinya.

▮ Aktivitas sensori integrasi merangsang koneksi sinaptik yang lebih kompleks, dengan demikian bisa meningkatkan kapasitas untuk belajar.

▮ Layanan terapi ini dapat diterapkan pada:

Anak dengan gangguan perilaku, *Autism Spectrum Disorder*

(ASD), Down Syndrome, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD)*, Asperger's Syndrome, Kesulitan Belajar,

Keterlambatan wicara, Gangguan perkembangan (Cerebral Palsy/CP), *Pervasive Developmental Disorder (PDD)* dan keterlambatan perkembangan lainnya.

- Sensori Integrasi merupakan suatu proses neurologi dalam mengatur dan menterjemahkan input sensori, untuk dapat memberikan respon sesuai dengan input tersebut.
- Konsep Sensori Integrasi merupakan karya yang dikembangkan oleh A. Jean Ayres, PhD. OTR seorang **Occupational Therapist**.
- Disfungsi sensori dikarenakan adanya gangguan dalam fungsi otak yang menghambat kemampuan mengatur dan menterjemahkan informasi sensori motor.
- Mungkin menjadi sebagai penyebab dari adanya masalah seperti kesulitan bicara, kesulitan konsentrasi, kekacauan social-emosional, gangguan perilaku dan masalah-masalah lain.
- Dalam Terapi SI, anak akan dituntun untuk melakukan aktivitas yang menantang kemampuannya dalam memberikan respon yang sesuai terhadap input sensori yang diterimanya.

Masalah sensori

1. Gangguan Vestibular (keseimbangan)  
Ditandai dengan : tidak bisa diam, loncat-loncat, memanjat jendela/lemari/kursi, berputar tanpa pusing, menolak diberi kegiatan keseimbangan, menolak eskalator, tidak mau diayun/digendong, waspada ruangan baru
2. Gangguan Taktil/raba  
Menempel pada orang, mensobek-sobek kertas/koran, menjambak orang, membenturkan tubuh/kepala, stimulasi diri (hand flapping, main jari, dsb), tidak mau dipeluk, menolak main dengan benda yang bertekstur, tidak mau pakai baju yang berlabes di belakang, menghindari guyuran air di badan/mata, sensitif jalan di batu/rumput.
3. Gangguan Proprioseptik  
Suka melempar barang, tidak mapu melempar bola dengan benar, tulisan di kertas tipis, butuh stimulasi mencengkeram/menggenggam/meremas barang atau menjambak, memegang benda mudah jatuh.
4. Gangguan Visual (penglihatan)
5. Melihat dari sudut mata, memandang benda dengan lama dan berlebihan (misal pada kipas angin, barang tertentu yang berputar), tidak bisa kontak mata dengan orang lain, tidak bisa lama mengerjakan tugas, pemustan perhatian kurang

### 3. Terapi Wicara

▮ Terapi Wicara adalah layanan terapi yang membantu bekerja pada prinsip-prinsip dimana timbul kesulitan berkomunikasi atau gangguan pada berbahasa dan berbicara bagi orang dewasa maupun anak.

▮ Terapi wicara bertujuan untuk membantu seseorang yang mengalami gangguan komunikasi, seperti :

▮ Anak-anak dengan gangguan berbahasa reseptis (tidak mengerti)

▮ Anak-anak dengan gangguan berbahasa ekspresif (sulit mengungkapkan keinginannya dalam berbicara)

▮ Anak-anak dengan gangguan tumbuh kembang khusus (autisme, down syndrome, tuna rungu-wicara)

- ▢ Anak-anak yang mengalami keterlambatan bicara (*speech delay*).
- ▢ Anak-anak yang mengalami gangguan artikulasi gagap (*stuttering*), cadel, dst
- ▢ Anak-anak dan orang dewasa yang baru selesai menjalani operasi celah bibir (*cleft lip*/sumbing) dan celah langit-langit (*cleft palate*).
- ▢ Serta gangguan bahasa pada orang dewasa seperti pasca stroke yang mengalami kehilangan berbahasa (Afasia).

## 5. Terapi Perilaku

- ▢ Terapi perilaku, berupaya untuk melakukan perubahan pada anak autistik dalam arti perilaku yang berlebihan dikurangi dan perilaku yang berkekurangan (belum ada) ditambahkan.
- ▢ Terapi perilaku yang dikenal di seluruh dunia adalah *Applied Behavioral Analysis* yang diciptakan oleh O.Ivar Lovaas, PhD dari University of California Los Angeles (UCLA).
- ▢ Dalam terapi perilaku, fokus penanganan terletak pada pemberian reinforcement positif setiap kali anak berespons benar sesuai instruksi yang diberikan. Tidak ada hukuman (*punishment*) dalam terapi ini, akan tetapi bila anak berespons negatif (salah/tidak tepat) atau tidak berespons sama sekali maka ia tidak mendapatkan *reinforcement* positif yang ia sukai tersebut. Perlakuan ini diharapkan meningkatkan kemungkinan anak untuk berespons positif dan mengurangi kemungkinan ia berespons negatif (atau tidak berespons) terhadap instruksi yang diberikan.
- ▢ Layanan terapi ini umumnya diperuntukan untuk anak dengan gangguan perilaku, pemusatan pemikiran dan hiperaktifitas (ADHD), ADD, maupun autisme.

## 6. Orthopedagog(*Remedial Teaching*)

- ▢ Orthopedagog adalah terapi untuk mengatasi kesulitan belajar khusus pada anak. Kesulitan-kesulitan ini umum terjadi pada anak-anak usia sekolah dan bisa dideteksi oleh orang tua atau guru, ketika anak menunjukkan beberapa gejala tertentu.
- ▢ Membimbing anak untuk menguasai logika dasar dan kemampuan berpikir secara lebih optimal. Selain itu, *remedial teaching* juga bermanfaat untuk mengembangkan kemampuan membaca, menulis dan berhitung dasar.
- ▢ Umumnya metode ini digunakan pada anak dengan Kesulitan Belajar dan Lamban Belajar.
- ▢ Semua kesulitan belajar khusus ini bisa terjadi apa setiap anak, tidak tergantung pada kondisi fisik maupun intelegensi semata. Sebab terjadinya kesulitan belajar ini bisa bermacam-macam, termasuk koordinasi pada otak, motorik halus, faktor neurologis, faktor intelegensi, dst
- ▢ Materi mengacu pada pembelajaran akademik dikelas.
- ▢ Layanan terapi ini juga dapat diterapkan pada anak dengan gangguan:
  - ▢ Disleksia (ketidakmampuan mengeja dan menulis)
  - ▢ Disgrafia (kesulitan menulis dan berbicara)
  - ▢ Diskalkulia (kesulitan berhitung)
  - ▢ Disfasia (kesulitan berbahasa verbal)
  - ▢ Disortografia (kesulitan dalam mengeja kata)
  - ▢ Disnomia (kesulitan dalam menggunakan kata yang tepat untuk sebuah benda)

## **7. Fisioterapi**

- ▮ Fisioterapi merupakan salah satu jenis layanan terapi fisik yang menitik beratkan untuk menstabilkan atau memperbaiki gangguan fungsi alat gerak/fungsi tubuh yang terganggu yang kemudian diikuti dengan proses/metode terapi gerak.
- ▮ Fisioterapi membantu anak mengembangkan kemampuan motorik kasar. Kemampuan motorik kasar meliputi otot-otot besar pada seluruh tubuh yang memungkinkan tubuh melakukan fungsi berjalan, melompat, jongkok, dst
- ▮ Layanan fisioterapi juga bertujuan untuk membantu seseorang yang mengalami gangguan fisik untuk memperbaiki gerak sendi (LGS) dan kekuatan otot (KO) agar dapat berfungsi seperti semula.
- ▮ Layanan fisioterapi umumnya bagi anak dengan keterbatasan fisik, ketunaan tubuh/tuna daksa serta anak cerebal palsy/CP dan untuk anak-anak yang mengalami keterlambatan atau gangguan pada kemampuan motorik kasar, pasien pasca stroke yang memerlukan pemulihan kondisi fisiknya serta trauma lain yang menyebabkan penampilan fisik terganggu.

## **8. Terapi Musik**

- ▮ Terapi musik adalah salah satu bentuk terapi yang bertujuan meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa hingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental.
- ▮ Layanan terapi ini diperuntukkan bagi semua ketunaan yang ada serta pada gangguan perkembangan anak seperti autisme, ADHD, Down Syndrom, dst